GLEN O. GABBARD

TRATAT DE PSIHIATRIE PSIHODINAMICĂ

«Psihoterapia modifică funcţionarea creierului»
Glen O. Gabbard

De refăcut-scanat * (şi ocr aferent) pt câteva pagini neclare:
523, 525, 529, 531 şi 567

Glen O. Gabbard

Tratat de psihiatrie psihodinamică

Traducere din limba engleză de Maria Ladea, Camelia Petcu, Daniela Popa, Mihaela Dumitrescu

Editori Silviu Dragomir Vasile Dem. Zamfirescu

Coperta

Faber Studio (Silvia Olteanu şi Dinu Dumbrăvician)

Descrierea CIP a Bibliotecii Naţionale a României

GABBARD, GLEN O.

Tratat de psihiatrie / Glen O. Gabbard;

trad.: Maria Ladea, Camelia Petcu, Daniela Popa, Mihaela Dumitrescu.

— Bucureşti: Editura Trei, 2007

ISBN 978 – 973 – 707 – 164 – 4

I. Ladea, Maria (trad.)

III. Petcu, Camelia (trad.) IE. Popa, Daniela (trad.)

IV. Dumitrescu, Mihaela (trad.)

616.89 615.851.1

Această carte a fost tradusă după Glen O. Gabbard, M.D., *Psychodinamic Psychiatry în clinical*

Practice, **American Psychiatric Publishing, Inc., ediţia a patra, 2005**

2005 American Psychiatric Publishing, Inc.

First published in the United States by American Psychiatric Publishing, Inc., Washington D.C. And London UK. Copyright 2005.

Publicată pentru prima dată în SUA de către American Psychiatric Publishing, Inc., Washington D.C. And London UK. Copyright 2005.

© EDITURA TREI, 2007
ISBN 978 – 973 – 707 – 164 – 4

Cuprins

Prefaţă la ediţia a patra
Mulţumiri pentru sursele bibliografice

Secţiunea I: Principii de bază şi abordări terapeutice în psihiatria dinamică

1. Principii de bază ale psihiatriei dinamice
(trad. de Maria Ladea)
1.1 Valoarea unică a experienţei subiective
1.2 Inconştientul
1.3 Determinismul psihic
1.4 Trecutul este prologul
1.4.1 Transferul
1.4.2 Contra transferul
1.5 Rezistenţa
1.6 Neurobiologia şi psihoterapia
1.7 Rolul psihiatrului de orientare dinamică în

psihiatria contemporană
2. Bazele teoretice ale psihiatriei dinamice *(trad. de Maria Ladea)*
2.1 Psihologia Eului...
2.1.1 Mecanismele de apărare
2.1.2 Aspecte adaptative ale Eului
2.2 Teoria relaţiilor de obiect
2.2.1 O perspectivă istorică
2.2.2 Sine şi Eu
2.2.3 Mecanisme de apărare
Clivajul – Identificarea proiectivă
Introiecţia
Negarea
2.3 Psihologia Sinelui
2.3.1 Kohut 2.3.2 Contribuţiile de după Kohut
2.4 Consideraţii referitoare la dezvoltare
2.4.1 Mahler
2.4.2 Stern şi după Stern
2.5 Teoria ataşamentului
2.6. Rolul teoriei în practica clinică
3. Evaluarea psihodinamică a pacientului *(trad. de Maria Ladea) ...*
3.1 Interviul clinic
3.1.1 Diferenţe între interviul psihodinamic şi cel medical
3.1.2 Transfer şi contratransfer
3.1.3 Abordarea istoricului pacientului
3.1.4 Examinarea stării psihice
Orientarea şi percepţia;
Gândirea
Afectul
Activitatea 1
3.1.5 Testarea psihologică
3.2 Examenul fizic şi neurologic
3.3 Diagnosticul psihodinamic

3.3.1 Caracteristicile Eului
3.3.2 Relaţiile de obiect
3.3.3 Şinele
3.3.4 Modalităţile de ataşament şi mentalizarea
3.3.5 Formularea psihodinamică
3.4 Concluzii
4. Tratamente în psihiatria dinamică. Psihoterapia individuală
(trad. de Maria Ladea)
4.1 Continuum expresiv-suportiv
4.2 Psihoterapia expresiv-suportivă
4.2.1 Scopuri
4.2.2 Durata
4.2.3 Frecvenţa şedinţelor
4.2.4 Asocierea liberă
4.2.5 Neutralitate, anonimi ta te şi abstinenţă
4.2.6 Intervenţiile
Interpretarea
Observarea
Confruntarea
Clarificarea încurajarea de a elabora
Validarea empatică
Intervenţiile psihoeducaţionale
Sfatul şi lauda
4.2.7 **Transferul**
4.2.8
4.2.9 Rezistenţele
4.2.10 Perlaborarea
4.2.11 Utilizarea viselor
4.2.12 Alianţa terapeutică
4.2.13 Mecanismele schimbării
4.2.14 Terminarea
4.2.15 Indicaţii pentru un accent expresiv sau suportiv în psihoterapie
4.3 Psihoterapia scurtă

4.3.1 Indicaţii şi contraindicaţii
4.3.2 Numărul de şedinţe
4.3.3 Procesul terapeutic
4.3.4 Psihoterapia suportivă scurtă
4.4 Psihoterapia de lungă durată versus psihoterapia scurtă
4.5 Eficacitatea psihoterapiei
5. Tratamente în psihiatria dinamică *(trad. de Maria Ladea)*
Terapia de grup, terapia familială/maritală şi farmacoterapia.
5.1 Psihoterapia dinamică de grup
5.1.1 Aspecte unice ale experienţei de grup
5.1.2 Caracteristicile grupurilor psihoterapeutice
5.1.3 Transfer, contra transfer, rezistenţă şi alianţă de grup
5.1.4 Indicaţii şi contraindicaţii
5.2 Terapie familială şi maritală
5.2.1 înţelegerea teoretică
5.2.2 Tehnica
5.2.3 Terapie maritală intersubiectivă şi bazată pe psihologia Sinelui
5.3 Indicaţii şi contraindicaţii
5.4 Farmacoterapia dinamică
5.4.1 Transferul
5.4.2 Contratransferul
5.4.3 Rezistenţele
5.4.4 Alianţa terapeutică
5.4.5 Tratamentul combinat
6. Tratamente în psihiatria dinamică *(trad. de Maria Ladea)*
Tratamentul informat dinamic în condiţii de spitalizare completă şi parţială
6.1 O perspectivă istorică
6.2 Principii dinamice în tratamentul spitalizat

contemporan
6.2.1 Controlul activ al traumei trăite în mod pasiv
6.2.2 Menţinerea ataşamentelor
6.2.3 Un strigăt de ajutor
6.2.4 O dorinţă de transformare
6.3 Clivajul într-un cadru cu mai mulţi terapeuţi
6.4 Managementul clivajului într-un cadru cu mai mulţi terapeuţi
6.5 Rolul tratamentului de grup în serviciul de psihiatrie
6.6 Indicaţii pentru abordarea informată dinamic

Secţiunea II Abordări dinamice ale tulburărilor din Axa I

7. Schizofrenia *(trad. de Camelia Petcu)*
7.1 înţelegerea psihodinamică a schizofreniei
7.2 Abordări terapeutice
7.2.1 Farmacoterapia
7.2.2 Psihoterapia individuală
7.2.3 Psihoterapia de grup
7.2.4 Intervenţia familială
7.2.5 Formarea abilităţilor psihosociale
7.2.6 Tratamentul în spital
8. Tulburările afective *(trad. de Camelia Petcu)*
8.1 înţelegerea psihodinamică a depresiei
8.2 Psihodinamica suicidului
8.3 Consideraţii asupra tratamentului
8.3.1 Rezultatele cercetărilor
8.3.2 Principii de tratament
Mania
Depresia
8.4 Indicaţii şi contraindicaţii
8.5 Tratamentul pacientului suicidar
9. Tulburările de anxietate *(trad. de Camelia Petcu)*

9.1 Tulburarea de panică
9.2 Fobiile
9.3 Tulburarea obsesiv-compulsivă
9.4 Tulburarea de stres posttraumatic
9.5 Tulburarea acută de stres
9.6 Tulburarea de tip anxietate generalizată
10. Tulburările disociative *(trad. de Camelia Petcu)*
10.1 Consideraţii generale
10.2 Tulburările disociative
10.2.1 înţelegere psihodinamică
10.2.2 Consideraţii asupra tratamentului
Dimensiuni contratransferenţiale
Tratamentul în spital
10.3 Tulburarea de depersonalizare
10.3.1 înţelegere psihodinamică 10.3.2 Consideraţii asupra tratamentului
11. Parafiliile şi disfuncţiile sexuale *(traci, de Daniela Popa)*
11.1 Parafiliile
11.1.1 înţelegere psihodinamică
Exhibiţionismul şi voierismul
Sadismul şi masochismul
Fetişismul
Pedofilia
Travestismul...
11.1.2 Consideraţii asupra tratamentului
Tratamentele psihoterapeutice
Tratamentul intraspitalicesc
11.2 Disfuncţiile sexuale
11.2.1 înţelegere psihodinamică
11.2.2 Consideraţii asupra tratamentului
12. Tulburările datorate utilizării de substanţe şi tulburările de comportament alimentar *(trad. de Daniela Popa)*
12.1 Tulburările datorate utilizării de substanţe

12.1.1 Abordări psihodinamice ale acoolismului
12.1.2 Abordări psihodinamice ale consumului de drog
12.2 Tulburările de comportament alimentar
12.2.1 Anorexia nervoasă înţelegere psihodinamică
Abordări terapeutice…
12.2.2 Bulimia nervoasă înţelegere psihodinamică
Consideraţii asupra tratamentului
13. Demenţa şi alte tulburări cognitive
(trad. de Mihaela Dumitrescu)
13.1 Afecţiuni prezente de la naştere: tulburarea hiperkinetică şi de deficit de atenţie înţelegere psihodinamică…
Consideraţii asupra tratamentului
13.2 Afecţiuni cu debut târziu: leziunea cerebrală şi demenţa înţelegere psihodinamică
Consideraţii asupra tratamentului
Secţiunea III: Abordări dinamice ale tulburărilor din Axa II
14. Grupa A. Tulburările de personalitate. Paranoidă, schizoidă şi schizotipală *(trad. de Daniela Popa)*
14.1 Tulburarea de personalitate paranoidă
14.1.1 înţelegere psihodinamică
14.1.2 Abordări terapeutice
14.1.3 Prevenţia violenţei
14.2 Tulburările de personalitate schizoidă şi schizotipală
14.2.1 înţelegere psihodinamică
14.2.2 Psihoterapia individuală
14.2.3 Psihoterapia dinamică de grup
15. Grupa B. Tulburări de personalitate. Borderline *(trad. de Daniela Popa)*
15.1 Evoluţia termenului
15.2 Trăsături demografice şi evoluţia bolii
15.3 înţelegere psihodinamică şi etiologie

15.3.1 Formulări psihanalitice timpurii
15.3.2 Descoperiri empirice
15.3.3 Descoperiri din neurobiologie
15.4 Tratament
15.4.1 Farmacoterapia
15.4.2 Abordări psihoterapeutice…
Cercetări empirice
Abordări expresive versus abordări suportive
15.4.3 Tratamentul în spital şi în condiţii de spitalizare parţială…»
15.4.4 Terapia familială
15.4.5 Psihoterapia de grup
16. Grupa B. Tulburări de personalitate. Narcisică *(trad. de Mihaela Dumitrescu)*
16.1 Fenomenologia tulburării de personalitate narcisică
16.2 înţelegerea psihodinamică
16.3 Abordări terapeutice
16.3.1 Psihoterapia şi psihanaliza individuală
Tehnica
Contratransferul
Psihoterapia de grup
16.4 Tulburarea de personalitate narcisică de-a lungul ciclului vieţii
17. Grupa B. Tulburări de personalitate. Antisocială *(trad. de Mihaela Dumitrescu)*
17.1 Epidemiologie
17.2 înţelegere psihodinamică
17.3 Abordări terapeutice
17.3.1 Tratamentul în spital
17.3.2 Psihoterapia individuală
17.3.3 Perspective asupra prevenţiei
18. Grupa B. Tulburări de personalitate. Isterică şi histrionică (*trad. de Daniela Popa)*
18.1 Isteric versus histrionic

18.2 Sexul şi diagnosticul
18.3 Stilul cognitiv şi mecanismele de apărare
18.4 înţelegere psihodinamică
18.5 Abordări terapeutice
Psihoterapia individuală
Principii de tehnică
Managementul transferului erotic
Diferenţe de sex în transferul erotic
Psihoterapia de grup
18.6 Concluzii
19. Grupa C. Tulburări de personalitate. Obsesiv-compulsivă, evitantă şi dependentă *(trad. de Mihaela Dumitrescu)*
19.1 Tulburarea de personalitate obsesiv-compulsivă
19.1.1 înţelegere psihodinamică
19.1.2 Consideraţii psihoterapeutice
19.2 Tulburarea de personalitate evitantă
19.2.1 înţelegere psihodinamică
19.2.2 Abordări psihoterapeutice
19.3 Tulburarea de personalitate dependentă
19.3.1 înţelegere psihodinamică
19.3.2 Consideraţii psihoterapeutice
19.4 Tulburarea de personalitate fără altă specificaţie (FAS)…
*Bibliografie generală Profesorilor, pacienţilor şi studenţilor mei***prefaţă la ediţia a patra**

Când m-am apucat să lucrez la această nouă ediţie a *Tratatului de psihiatrie psihodinamică*, mi-am dat seama cât de multe lucruri s-au schimbat în acest domeniu de la apariţia versiunii anterioare a tratatului. Eram într-o dilemă. Pentru a păstra un preţ accesibil, colegii mei de la American Psychiatric Publishing mi-au cerut să mă limitez cam la acelaşi volum de material ca şi cel al ediţiei precedente. Nu puteam să adaug tot materialul nou pe

care doream să-l includ, fără să crească în mod considerabil dimensiunea, greutatea şi costul cărţii. Astfel, a trebuit să recitesc sistematic fiecare capitol şi să decid care părţi din text puteau fi sacrificate, fără să compromită înţelegerea şi utilitatea volumului. În fiecare caz am căutat rezultate din cercetare sau formulări teoretice mai vechi, care nu mai puteau fi calificate drept un material „la limită”. Această sarcină a constituit o provocare, întrucât în acelaşi timp am încercat să păstrez înţelepciunea clinică, practic atemporală, şi care s-a acumulat de-a lungul deceniilor de practică.

Această nouă ediţie continuă orientarea către integrarea datelor din aria neuroştiinţei, începută în versiunea anterioară. În ultimii ani s-a dezvoltat, cu rapiditate, domeniul neuropsihanalizei, iar contribuţiile neuroştiinţei, precum şi ale celor care examinează interacţiunea dintre gene şi mediu confirmă perspectiva psihanalitică a dezvoltării şi mecanismele psihice. În această ediţie am încercat să includ în componenţa primelor două capitole acele date care descriu principiile de bază şi fundamentul teoretic al psihiatriei dinamice. Am făcut acest lucru dorind să subliniez din nou că psihiatrii de orientare psihodinamică trebuie să se situeze, în mod ferm, într-un context biopsihosocial care recunoaşte nevoia de a integra datele psihiatriei biologice în cadrul teoriilor noastre referitoare la psihicul uman. Teoriile psihanalitice ale dezvoltării, de exemplu, nu mai pot fi separate de ceea ce cunoaştem despre dezvoltarea creierului şi impactul mediului asupra expresiei genelor. Am inclus chiar şi imagini, atunci când a fost necesar, care ilustrează arii cerebrale relevante. În plus, am adus la zi fiecare capitol din carte, prin includerea unor studii şi teorii noi, relevante.

De la publicarea celei de-a treia ediţii a *Tratatului de psihiatrie psihodinamică,* au avut loc şi schimbări în

responsabilităţile mele profesionale. Am părăsit Clinica Menriinger după 26 de ani şi m-am mutat la Colegiul Medical Baylor, unde am devenit director al Clinicii de Psihiatrie Baylor. M-am ocupat foarte mult de rezidenţii din psihiatrie, pe măsură ce aceştia încercau să înveţe teoria şi practica psihodinamică. Am scris chiar şi o carte asociată acestui volum, intitulată *Long-Term Psychodynamic Psychotherapy: A Basic Text (Psihoterapia psihodinamică de lungă durată: un text de baza),* publicată, de asemenea, de American Psychiatric Publishing. În acea carte am descris elementele de bază ale tehnicii din practica terapiei psihodinamice pentru rezidenţii începători din psihiatrie şi pentru alţi studenţi în sănătate mintală. Suportul teoretic şi aplicarea tehnicilor respective la tulburările psihiatrice specifice sunt incluse în această a patra ediţie. Mă minunez cât de mult am învăţat de la studenţii mei despre cum să predau şi cum să scriu şi sunt recunoscător că ei fac parte din viaţa mea profesională de zi cu zi.

Doresc să-mi exprim aprecierea faţă de preşedintele de la Baylor, dr. Stuart Yudofsky, care m-a susţinut în munca mea prin încurajări zilnice şi prin participarea la adunarea de fonduri pentru catedra de psihanaliză, într-o eră în care astfel de catedre constituie o raritate în psihiatria academică. Îi sunt, de asemenea, recunoscător doctorului Robert Hales, redactor-şef la American Psychiatric Publishing, pentru permanenta coordonare şi susţinere a contribuţiilor psihodinamice în domeniu, inclusiv a mea. Alţi colegi şi colaboratori care au contribuit direct sau indirect la munca mea, reflectată în acest volum, sunt Drew Westen, Andreea Seritan, Kristin Kassaw, Tanya Bennett, Lisa Miller, Melissa Martínez, Peter Fonagy, John Gunderson şi Jennifer Paté. Ca întotdeauna, John Meduffie, Greg Kuny şi Bob Pursell de la American Psychiatric Publishing au făcut ca procesul de editare şi publicare să

decurgă cât mai plăcut cu putinţă. Diane Trees-Clay şi Faye Schoenfeld au transcris numeroase versiuni ale manuscrisului cu acurateţe, eficienţă şi cu o minunată atitudine optimistă, drept pentru care le sunt profund recunoscător.

Mulţumiri pentru sursele bibliografice

Autorul mulţumeşte pentru acordarea permisiunii de a reproduce fragmente din următoarele materiale:

American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders,* ediţia a 4-a, Washington DC, American Psychiatric Association, 1994. Fragmente retipărite cu permisiunea autorilor.

Gabbard GO. „The exit line: heightened transference-countertransference manifestations at the end of the hour", *J Am Psychoanal Assoc* 30: 579 – 598, 1982. Fragmente retipărite cu permisiunea autorilor.

Gabbard GO. „The role of compulsiveness in the normal physician", *JAMA* 254: 2926 – 2929, 1985. Copyright 1985, American Medical Association. Fragmente retipărite cu permisiunea autorilor.

Gabbard GO. „The treatment of the «special» patient în a psychoanlytic hospital", *Int Rev Psychoanal* 13: 333 – 347, 1986. Fragmente retipărite cu permisiunea autorilor.

Gabbard GO. „A contemporary perspective on psychoanalytically informând hospital treatment", *Hosp Community Psychiatry* 39: 1291 – 1295, 1988. Fragmente retipărite cu permisiunea autorilor.

Gabbard GO. „Patients who hate", *Psychiatry* 52: 96 – 106, 1989. Fragmente retipărite cu permisiunea autorilor.

Gabbard GO. „Splitting în hospital treatment", *Am Psychiatry* 146: 444 – 451, 1989. Copyright 1989, American Psychiatric Association. Fragmente retipărite cu permisiunea autorilor.

Gabbard GO. „Two subtypes of narcissistic personality disorder”, *Bull Menninger Clin* 53: 527 – 532, 1989. Fragmente retipărite cu permisiunea autorilor.

Gabbard GO. „Psychodynamic psychiatry in the «decade of the brain»”, *Am Psychiatry* 149: 991 – 998, 1992. Copyright 1992, American Psychiatric Association. Fragmente retipărite cu permisiunea autorilor.

Gabbard GO, Coyne L. „Predictors of response of antisocial patients to hospital treatment”, *Hosp Community Psychiatry* 38: 1181 – 1185. Fragmente retipărite cu permisiunea autorilor.

Gabbard GO, Menninger RW. „The psychology of the physician”, în *Medical Marriages.* Editat de Gabbard GO, Menninger RW. Washington, DE, American Psychiatric Press, 1988, pp. 23 – 38. Fragmente retipărite cu permisiunea autorilor.

Gabbard GO, Nemiah JE. „Multiple determinants of anxiety in a patient with borderline personality disorder”. *Bull Menninger Clin* 49: 161 – 172, 1985. Fragmente retipărite cu permisiunea autorilor.

Gabbard GO, Horwitz L, Frieswyk S et al. „The effect of therapist interventions on the terapeutic alliance with borderline patients”, *J Am Psychoanal* Assoc 36: 697 – 727, 1988. Fragmente retipărite cu permisiunea autorilor.

Secţiunea I: PRINCIPII DE BAZĂ ŞI ABORDĂRI TERAPEUTICE ÎN PSIHIATRIA DINAMICĂ1. Principii de bază ale psihiatriei dinamice

Ar fi mult mai uşor dacă am putea evita pacientul pe măsură ce explorăm tărâmul psihopatologiei; ar fi mult mai simplu dacă ne-am putea limita la examinarea biochimiei şi fiziologiei creierului său şi la tratarea evenimentelor mintale ca obiecte străine de experienţa noastră imediată sau ca simple variabile în formulele statistice impersonale. Oricât de importante ar fi aceste

abordări pentru înţelegerea comportamentului uman, ele sitigure nu pot dezvălui sau explica toate faptele relevante. Pentru a vedea în mintea celuilalt, trebuie să ne scufundăm în mod repetat în şuvoiul asociaţiilor şi sentimentelor sale; trebuie să fim noi înşine instrumentul care îl sondează.

John Nemiah, 1961

Psihiatria psihodinamică (denumită şi psihiatrie dinamică în acest volum) are un grup heterogen de strămoşi, incluzându-i pe Leibniz, Fechner, neurologul Hughlings Jackson şi pe Sigmund Freud (Ellenberger, 1970). Termenul de *psihiatrie psihodinamică* se referă în general la o abordare impregnată de teoria şi cunoaşterea psihanalitică. Teoria psihodinamică modernă a fost deseori considerată ca un model care explică fenomenele psihice drept consecinţe ale *conflictului.* Acest conflict derivă din forţe inconştiente puternice care caută să se exprime şi care necesită o monitorizare constantă din partea forţelor care se opun, pentru a le împiedica exprimarea. Aceste forţe care interacţionează pot fi conceptualizate (cu o oarecare suprapunere) ca 1) o dorinţă şi o apărare împotriva dorinţei, 2) instanţe intra-psihice diferite sau „părţi" cu scopuri şi priorităţi diferite sau 3) un impuls în opoziţie cu o conştientizare internalizată a cerinţelor realităţii externe.

În ultimele două decenii, psihiatria psihodinamică a ajuns să însemne mai mult decât modelul de tip conflict al bolii. Psihiatrul modern, orientat psihodinamic, trebuie, de asemenea, să înţeleagă termenul ia care ne referim în mod curent ca „model de tip deficit" al bolii. Acest model li se aplică pacienţilor care, pentru un motiv oarecare legat de dezvoltare, au structuri psihice slăbite sau chiar absente. Această stare compromisă îi împiedică să se simtă întregi

şi siguri pe ei şi, ca rezultat, ei cer răspunsuri disproporţionate de la persoanele din mediu pentru a-şi menţine homeostazia psihologică. Lumea internă, inconştientă, a relaţiilor face de asemenea parte din domeniul psihiatriei psihodinamice. Toţi pacienţii duc cu ei o mulţime de reprezentări psihice diferite, referitoare la aspecte proprii sau ale altora, şi multe dintre acestea pot crea modele caracteristice de dificultăţi interpersonale. Aceste reprezentări despre sine şi ceilalţi formează o lume de relaţii interne de obiect, în mare parte inconştiente.

Clinicianul psihodinamic de azi nu mai poate practica un tip de psihiatrie separată de corp şi influenţe socioculturale. Într-adevăr, psihiatria psihodinamică trebuie privită, în zilele noastre, ca înserată în conceptul cuprinzător de psihiatrie *biopsihosocială.* Progresul extraordinar realizat de genetică şi neuroştiinţe a întărit în mod paradoxal poziţia psihiatrului psihodinamic. Avem acum dovezi mai convingătoare decât oricând că o mare parte din viaţa mintală este inconştientă, că forţele sociale din mediu modelează expresia genelor şi că mintea reflectă activitatea creierului. Ne practicăm acum meseria într-o situaţie de „ambele/şi" mai degrabă decât de /Forizori". După cum notează Cloninger (2004), împărţirea în modelul biomedical şi cel psihosocial a dus la o stagnare a ştiinţei sănătăţii mintale. Psihiatrul orientat dinamic, care neglijează suportul neurobiologic al experienţei, este la fel de vinovat de reducţionism ca şi psihiatrul orientat biologic, care neglijează viaţa minţii.

Mai mult decât orice, psihiatria psihodinamică este un mod de a gândi – nu doar despre pacienţii noştri, ci şi despre propria persoană în câmpul interpersonal dintre pacient şi terapeut. De fapt, pentru a caracteriza esenţa psihiatriei dinamice, s-ar putea folosi următoarea definiţie: *Psihiatria psihodinamică constituie o abordare diagnostică şi terapeutică ce se caracterizează printr-un mod de a*

gândi atât despre pacient, cât şi despre clinician, care include conflictul inconştient, deficitele şi distorsiunile structurilor intra-psihice şi relaţiile interne de obiect şi care reuneşte aceste elemente cu descoperirile contemporane ale neuroştiinţei.

Această definiţie reprezintă o provocare pentru clinicianul psihodinamic. Cum poate cineva reuni domeniul minţii cu cel al creierului? Psihiatria s-a îndepărtat mult de noţiunea carteziană a dualismului substanţei. Recunoaştem că mintea reprezintă activitatea creierului (Andreasen, 1997) şi că cele două simt imposibil de separat. Într-o mare măsură, referinţele la minte şi creier au devenit un fel de cod pentru diferitele modalităţi de a gândi despre pacienţii noştri şi tratamentul acestora (Gabbard, sub tipar). Presupuse polarităţi, ca de exemplu gene *versus* mediu, medicaţie *versus* psihoterapie şi biologic *versus* psihosocial, sunt cu uşurinţă încadrate adesea în categoriile de creier şi minte. Aceste dihotomii sunt problematice şi tind să se destrame atunci când studiem problemele clinice din psihiatrie. Genele şi mediul sunt indisolubil conectate în procesul de modelare a comportamentului uman. Experienţa blochează funcţia de transcripţie a anumitor gene, stimulând în acelaşi timp exprimarea altora. Stresorii psihosociali, cum ar fi traumele interpersonale, pot avea efecte biologice profunde, modificând funcţionarea creierului. Mai mult, a considera psihoterapia ca un tratament pentru „tulburări de origine psihologică" şi medicamentele ca tratamente pentru „tulburări biologice sau de origine cerebrală" este în realitate o falsă distincţie. Impactul psihoterapiei asupra creierului este bine stabilit (vezi Gabbard, 2000).

Dacă ne îndepărtăm de această polarizare a minţii şi creierului şi privim pacientul ca o fiinţă umană într-un context biopsihosocial, ne confruntăm totuşi cu următoarea problemă: psihicul şi creierul nu sunt identice.

Psihicul nostru reflectă cu certitudine activitatea creierului, dar psihicul nu poate fi redus la explicaţii neuroştiinţifice (Edelson, 1988; Meginn, 1999; Pally, 1997; Searle, 1992). Utilizarea tehnologiilor de rezonanţă magnetică nucleară funcţională (FRMN) şi de tomografie cu emisie de pozitroni (PET) a dus la salturi în înţelegerea funcţionării creierului. Totuşi, există un risc inerent al acestor tehnologii dacă echivalăm Sinele cu ceea ce vedem pe o tomografie cerebrală. Tehnologiile de imagistică cerebrală oferă o modalitate convenabilă de a externaliza problemele, spunând că ceva este în neregulă cu „creierul meu", în loc de a spune că ceva este în neregulă cu „mine" (Dumit, 2004). Aşa cum notează Pietrini (2003): „Ca clinicieni, nu trebuie să uităm niciodată că mintea umană se poate exprima printr-un lanţ de procese moleculare, dar ea nu este doar o problemă de molecule" (p. 1908).

Dacă suntem de acord că mintea şi creierul nu simt identice, care este diferenţa? Pentru a începe, creierul poate fi observat din perspectiva unei a treia persoane. Poate fi scos din cutia craniană şi cântărit la autopsie. Poate fi disecat şi examinat la microscop. Mintea, pe de altă parte, nu se bazează pe percepţie şi deci nu poate fi cunoscută decât dinăuntru. Mintea este personală. În loc să recurgă la un model depăşit de dualism al substanţei, psihiatrii şi neurocercetătorii contemporani utilizează frecvent conceptul de *dualism explicativ* (Kendler, 2001). Acest tip de dualism acceptă că există două căi diferite de a cunoaşte sau a înţelege, care impun două tipuri diferite de explicaţii. Un tip de explicaţie este la persoana întâi şi psihologic, pe când celălalt tip este la persoana a treia sau biologic. Niciuna dintre abordări nu oferă o explicaţie completă prin ea însăşi. Pentru a complica şi mai mult lucrurile, după cum arată Damasio (2003), „conştiinţa şi psihicul nu sunt sinonime" (p. 184). Într-o varietate de condiţii neurologice, dovezi abundente demonstrează că

procesele psihice continuă, deşi conştiinţa este afectată.

În această lucrare sunt scoase în evidenţă explicaţiile psihologice, dar este notat şi suportul neurobiologic, iar ariile de integrare ale biologicului şi psihologicului sunt, de asemenea, subliniate. Domeniul minţii şi domeniul creierului au limbaje diferite. Psihiatrul modern orientat dinamic trebuie să se străduiască să fie bilingv – limbajul creierului şi limbajul minţii trebuie ambele stăpânite pentru a-i putea oferi pacientului o îngrijire optimă (Gabbard, sub tipar).

Deşi psihoterapia dinamică este una dintre principalele unelte terapeutice ale psihiatrului orientat dinamic, psihoterapia dinamică nu este sinonimă cu psihiatria dinamică. Psihiatrul orientat dinamic utilizează o gamă largă de intervenţii terapeutice, care depind de o evaluare dinamică a nevoilor pacientului. Psihiatria dinamică oferă, pur şi simplu, un cadru conceptual coerent în care sunt prescrise toate tipurile de tratament. Indiferent de faptul că tratamentul este psihoterapie dinamică sau farmacoterapie, acesta este *informat dinamic.* Într-adevăr, o componentă crucială a cunoştinţelor psihiatrului orientat dinamic este să ştie când să evite psihoterapia exploratorie în favoarea tratamentelor care nu ameninţă echilibrul psihic al pacientului.

Psihiatrul contemporan orientat dinamic trebuie să lucreze în contextul progreselor impresionante în domeniul neuroştiinţei, reunind insight-ul psihanalitic cu înţelegerea substratului biologic al bolii. Totuşi psihiatrul de orientare dinamică se ghidează în continuare după anumite principii derivate din teoria şi tehnica psihanalitică, principii care au trecut proba timpului şi care-i oferă psihiatriei psihodinamice un caracter unic.

1.1 Valoarea unică a experienţei subiective

Psihiatria dinamică este apoi definită în contrast cu psihiatria descriptivă. Clinicienii care recurg la al doilea tip de abordare împart pacienţii în categorii, după trăsături fenomenologice şi comportamentale comune. Ei alcătuiesc liste de simptome, care le permit să clasifice pacienţii în conformitate cu grupuri similare de simptome. Experienţa subiectivă a pacientului, în afara celei necesare pentru a înregistra simptomele în cadrul listei, este mai puţin importantă. Psihiatrii descriptivi, de orientare comportamentalistă, argumentează că experienţa subiectivă a pacientului este periferică faţă de esenţa diagnosticului şi tratamentului psihiatric, care trebuie să se bazeze pe comportamentul observat. Perspectiva comportamentalistă extremă este următoarea: comportamentul şi viaţa psihică sunt sinonime (Watson, 1924/1930). Mai mult, psihiatrul descriptiv este interesat în primul rând în ce măsură un pacient este *similar cu* şi nu *diferit de* alţi pacienţi cu trăsături congruente.

Psihiatrii de orientare dinamică abordează în schimb pacienţii lor încercând să determine ce este unic la fiecare – cum se *diferenţiază* un anume pacient de alţi pacienţi ca rezultat al unui istoric de viaţă unic. Simptomele şi comportamentele sunt privite doar ca nişte căi comune finale ale unor experienţe subiective strict personalizate, care filtrează determinanţii biologici şi de mediu ai bolii. Mai mult, psihiatrii de orientare dinamică acordă o importanţă majoră lumii interne a pacientului – fantasme, vise, temeri, speranţe, impulsuri, dorinţe, imagini despre sine, percepţii referitoare la alţii şi reacţii psihologice la simptome.

Psihiatrii descriptivi care se apropie de o peşteră ascunsă pe o latură a muntelui ar putea descrie în amănunţime caracteristicile bolovanului care blochează

deschiderea peşterii, ignorând interiorul peşterii din spatele masivului de rocă, întrucât acesta este inaccesibil şi deci nu ar putea fi cunoscut. Spre deosebire de ei, psihiatrii de orientare dinamică ar fi curioşi să afle ce se găseşte în cotloanele întunecate ale peşterii din spatele bolovanului. Asemeni psihiatrilor descriptivi, ei ar nota caracteristicile deschiderii, dar le-ar privi diferit. Ei ar dori să ştie cum se reflectă conţinutul peşterii prin exteriorul său. Ar putea fi curioşi de ce a fost necesar ca interiorul să fie protejat printr-un bolovan pus la intrare.

1.2 Inconştientul

Continuând cu metafora referitoare la peşteră, psihiatrul de orientare dinamică ar găsi o modalitate de a înlătura bolovanul, de a intra în cotloanele întunecate ale peşterii şi, poate cu o lanternă, de a ilumina interiorul. Artefactele de pe podea sau urmele de pe pereţi ar prezenta un interes special pentru explorator, întrucât ele ar arunca o lumină asupra istoriei acestei peşteri specifice. Un susur constant de apă care răzbate prin podea ar putea sugera un izvor subteran care realizează o presiune de dedesubt în sus. Psihiatrul orientat dinamic ar fi în mod special interesat de explorarea străfundurilor peşterii. Cât de departe se întinde înăuntrul muntelui? Este oare peretele negru limita adevărată care defineşte spaţiul interior sau este un „perete fals” care poate ceda către adâncimi şi mai mari?

Aşa cum sugerează metafora legată de peşteră, un al doilea principiu definitoriu al psihiatriei dinamice este un model conceptual al psihicului, care include inconştientul. Freud (1915/1963) a recunoscut două tipuri de conţinut psihic inconştient: 1) preconştientul (conţinut mintal care poate fi adus uşor la nivelul conştient, prin simpla comutare a atenţiei) şi 2) inconştientul propriu-zis

(conţinut mintal care este cenzurat întrucât este inacceptabil şi deci este refulat şi nu poate fi adus uşor în planul conştient).

Împreună, sistemele inconştient, preconştient şi conştient ale psihicului compun ceea ce Freud (1900/1953) a numit *modelul topografic.* El s-a convins de existenţa inconştientului datorită celor două dovezi clinice majore: visele şi actele ratate. Analiza viselor a arătat că o dorinţă din copilărie, inconştientă, este de obicei motivaţia care dă forţă viselor. Travaliul visului deghizează dorinţa, astfel încât este necesară analiza visului, pentru a discerne adevărata natură a dorinţei. *Actele ratate* constau în fenomene ca erori de vorbire, acţiuni „accidentale", uitarea sau substituirea numelor sau cuvintelor. O dactilografă, de exemplu, scria în mod repetat „crimă" atunci când avea intenţia să scrie „mamă". Noţiunea de „act ratat freudian" face acum parte din cultura noastră şi implică dezvăluirea involuntară a dorinţelor sau sentimentelor inconştiente ale unei persoane. Freud (1901/1960) a utilizat aceste incidente jenante pentru a ilustra faptul că dorinţele refulate ies la suprafaţă şi pentru a demonstra paralela dintre procesele psihice ale vieţii cotidiene şi cele ale formării simptomelor nevrotice.

Psihiatrul de orientare dinamică vede simptomele şi comportamentele ca reflecţii ale proceselor inconştiente care se opun dorinţelor şi sentimentelor refulate, aşa cum bolovanul apără conţinutul peşterii de expunere. Mai mult, visele şi actele ratate sunt precum semnele înscrise pe pereţii peşterii – comunicări, simbolice sau de alt fel, care acum transmit mesaje din trecutul uitat. Psihiatrul orientat dinamic trebuie să poată resimţi suficient confort în legătură cu acest ţinut întunecat, pentru a-l explora fără să se împiedice.

O altă cale primară prin care inconştientul se manifestă în context clinic constă în comportamentul

nonverbal al pacientului faţă de clinician. Anumite modalităţi caracteristice de relaţionare cu alţii stabilite în copilărie devin internalizate şi sunt aplicate automat şi inconştient, ca parte integrantă a caracterului pacientului. Astfel, anumiţi pacienţi pot acţiona în mod constant cu deferenţă faţă de clinician, în timp ce alţii au o atitudine rebelă. Aceste forme de relaţionare sunt strâns legate de noţiunea lui Squire (1987) de memorie procedurală, care se află în afara ariei memoriei narative, verbale, conştiente.

Studii ale sistemelor memoriei au îmbogăţit cunoştinţele noastre despre comportament în context clinic. O distincţie larg utilizată, care este relevantă pentru gândirea psihodinamică, constă în diferenţierea memoriei în tipul explicit (conştient) şi respectiv implicit (inconştient) – (figura 1 – 1).

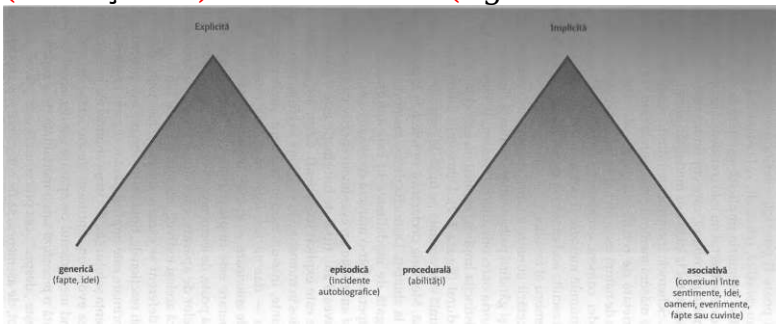

Figura 1 – 1. Două sisteme ale memoriei. Memoria explicită poate fi *generică,* referindu-se la cunoaşterea faptelor sau ideilor, sau *episodică,* referindu-se la memoria incidentelor autobiografice specifice. Memoria implicită se referă la un comportament observabil, de care subiectul nu este conştient. Un tip de memorie implicită este memoria *procedilrală,* care cuprinde cunoştinţe legate de abilităţi, cum ar fi cântatul la pian sau modalităţi social acceptabile de relaţionare cu alţii. Schemele inconştiente numite relaţii interne de obiect sunt în oarecare măsură memorii

procedurale care sunt repetate tot mereu, într-o varietate de relaţii interpersonale. Un alt tip de memorie implicită este de natură asociativă şi se referă la conexiuni între cuvinte, sentimente, idei, oameni, evenimente sau fapte. De exemplu, cineva poate auzi o anumită melodie şi poate simţi o tristeţe inexplicabilă, întrucât tocmai asculta acel cântec, la radio, atunci când a primit vestea morţii unui membru al familiei.

O integrare a cercetării curente asupra memoriei (rezultată din studiile de laborator) şi gândirii psihanalitice (rezultată din observaţia clinică) împarte memoria oarecum diferit (Westen, 1999 a). Conform acestei perspective, distincţia implicit/explicit nu este chiar aceeaşi cu cea declarativ/procedural (figura 1 – 2). Dihotomia dintre memoria declarativă şi procedurală este centrată pe tipul de cunoştinţe pe care îl cuprinde fiecare formă. Memoria declarativă se referă la fapte, iar cea procedurală se referă la abilităţi. Distincţia dintre memoria explicită şi cea implicită este legată de modalitatea în care informaţiile sunt exprimate şi/sau recuperate într-o manieră conştientă sau nu.

Când un individ îşi aminteşte un eveniment sportiv de succes, care s-a petrecut când el avea 8 ani, tipul de informaţie este declarativ şi modul de recuperare este explicit (conştient). Când acelaşi individ începe să se simtă anxios în momentul în care intră în biroul şefului său, întrucât îi aduce aminte, într-un mod inconştient, de experienţele timpurii cu tatăl său – dar *nu face legătura în mod conştient* între anxietate şi experienţele anterioare –, tipul de informaţie este declarativ, dar modul de recuperare este implicit (fără realizare conştientă). Informaţia procedurală poate, de asemenea, să fie explicită sau implicită. Utilizarea mecanismelor de apărare, care sunt proceduri, ilustrează această distincţie. Dacă acelaşi individ, intrând în biroul şefului său, se poartă într-un mod

deferent şi excesiv de politicos, prin folosirea defensivă a formaţiunii reacţionale, tipul de informaţie este procedural, pe când modul de exprimare este implicit (fără realizare conştientă). În primul caz, când prezenţa şefului său declanşa amintiri ale interacţiunii cu tatăl său, asocierea evoca un sentiment de anxietate legat de un *episod* din trecut. Când mecanismul de apărare s-a declanşat în mod automat, a fost evocată o *procedură* sau o modalitate de-a acţiona. Informaţia declarativă este „despre", cea procedurală este „cum". Mecanismele de apărare pot, de asemenea, să fie conştiente sau explicite, ca

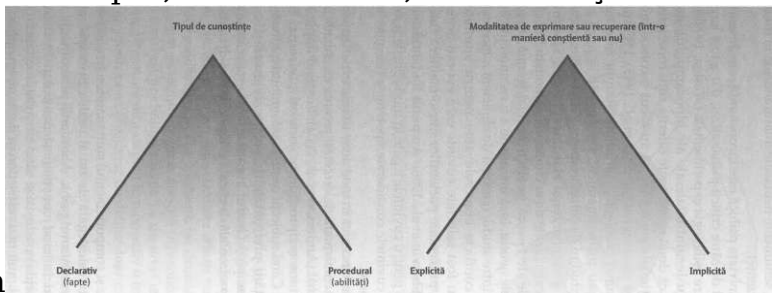

Figura 1 – 2. Tipul de cunoştinţe versus modalitatea de exprimare. Atunci când cineva reprimă sentimente neplăcute înlăturându-le în mod deliberat din câmpul conştienţei.

Ideea că o mare parte din viaţa psihică este inconştientă este deseori pusă sub semnul întrebării de către criticii psihanalizei, dar a fost larg validată în literatură, de către psihologia experimentală (Westen, 1999 b). Subiecţii cercetaţi, care au leziuni bilaterale ale hipocampului, au dificultăţi mari în a învăţa că două evenimente diferite sunt conectate, dar răspunsurile lor emoţionale sugerează că au făcut o conexiune inconştientă între cele două evenimente (Bechara et al., 1995). Prezentarea unor stimuli subliminali subiecţilor studiaţi, stimuli care au semnificaţii emoţionale sau psihodinamice,

s-a dovedit a avea o influenţă asupra unei multitudini de comportamente, deşi subiecţii nu erau conştienţi de stimuli (Weinberger şi Hardaway, 1990). Studiul potenţialelor cerebrale evocate, legate de evenimente, demonstrează că anumite cuvinte încărcate de afect evocă, pe electroencefalogramă, unde alfa diferite faţă de cuvintele neutre, încă înainte de a fi recunoscute în mod conştient. Într-unul dintre studii, o echipă de clinicieni a încercat să evalueze care dintre conflicte erau relevante pentru anumite simptome identificate. Au fost selectate cuvinte care evocau acele conflicte şi le-au fost apoi prezentate pacienţilor într-o manieră subliminală şi supraliminal (Shervin et al., 1996). Au putut fi identificate modele diferite de răspuns pentru cuvintele legate în mod conştient de simptomele pacientului şi cuvintele considerate, ipotetic, a fi legate în mod inconştient de simptome.

Ideea lui Freud că oamenii încearcă în mod activ să uite experienţele anterioare neplăcute a fost confirmată de cercetări recente efectuate cu ajutorul RMN-ului funcţional (Anderson et al., 2004). Procesul implică o nouă formă de interacţiune reciprocă între cortexul prefrontal şi hipocamp (vezi figura 1 – 3). Când subiecţii controlează amintiri nedorite, există o creştere a activităţii prefrontale dorso-lateral asociată cu reducerea activităţii hipocampice. Gradul în care uitarea este realizată va fi ilustrat de activitatea prefrontală, corticală şi hipocampică dreaptă.

1.3 Determinismul psihic

Afirmaţia ca simptomele şi comportamentul sunt manifestări externe ale proceselor inconştiente este legată de un al treilea principiu al psihiatriei dinamice – determinismul psihic. Abordarea psihodinamică afirmă că suntem confuzi în mod conştient şi controlaţi în mod

inconştient. Trecem prin vieţile noastre ca şi când am avea libertatea de a alege, dar de fapt suntem mult mai restricţionaţi decât ne imaginăm.

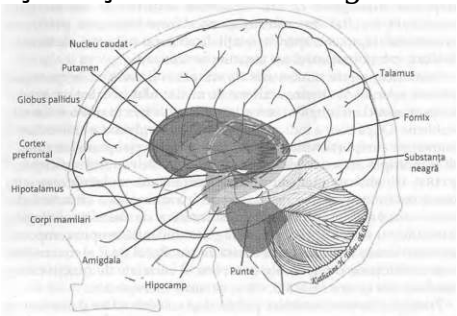

Figura 1 – 3. Schemă (vedere latero-sagitală) ilustrând poziţiile cortexului prefrontal şi ale hipocampului.

Sursă. Retipărit după Hurley RA, Hayman LA, Taber KH. „Clinical Imaging în Neuropsychiatry", în *The American Psychiatric Publishing Textbook of Neuropsychiatry and Clinical Sciences,* ediţia a 4-a. Editat de Yudofsky SE, Hales RE. Washington, DE, American Psychiatric Publishing, 2002, pp. 245 – 283. Copyright 2002, American Psychiatric Publishing. Folosite cu permisiunea autorilor.

Într-o mare măsură suntem personaje care trăim conform unui scenariu scris de către inconştient. Alegerea partenerului conjugal, interesele profesionale şi chiar petrecerea timpului liber nu sunt alese la întâmplare; ele sunt modelate de forţe inconştiente care sunt într-o interrelaţie dinamică.

De exemplu, o femeie tânără a aflat pe parcursul psihoterapiei că alegerea carierei de medic a fost profund influenţată de evenimentele din copilărie şi reacţia ei la acestea. Când avea 8 ani, mama sa a murit de cancer. Fetiţa, care a fost martora acestei tragedii, s-a simţit neajutorată şi neputincioasă în acel moment, iar decizia de

a deveni medic a fost parţial determinată de o dorinţă inconştientă de a câştiga putere şi control asupra bolii şi morţii. La un nivel inconştient, a deveni medic era o încercare de a stăpâni în mod activ o traumă trăită pasiv. La nivel conştient, ea a considerat medicina doar ca un domeniu fascinant şi pasionant.

Atunci când comportamentul uman devine în mod evident simptomatic, limitele libertăţii de a alege vor fi mai evidente. Un bărbat care poate ajunge la orgasm doar prin masturbare, imaginându-şi umilinţe în mâinile unei persoane sadice, a pierdut libertatea de a-şi alege fanteziile sexuale. Psihiatrul de orientare dinamică abordează aceste simptome înţelegând că ele reprezintă adaptări la un scenariu inconştient rezultat din amestecul unor forţe biologice, probleme timpurii de ataşament, apărări, relaţii de obiect şi tulburări ale Sinelui. Pe scurt, comportamentul are anumite semnificaţii.

Semnificaţia este rareori atât de simplă şi directă ca în exemplul anterior referitor la alegerea carierei de medic. Mai frecvent, un singur comportament sau simptom serveşte mai multor funcţii şi rezolvă multe probleme. După cum a indicat Sherwood (1969), „Freud a arătat clar că motivaţiile comportamentului sunt *atât* complexe (supradeterminate), *cât* şi multiple (în sensul de seturi alternative de condiţii suficiente)” (p. 181). Cu alte cuvinte, anumite comportamente sau simptome sunt uneori determinate de o constelaţie specifică intra-psihică de factori, dar în alte cazuri ele sunt produse de o multitudine de alte forţe etiologice. Este suficient să spunem că o vedere psihodinamică asupra comportamentului uman îl defineşte pe acesta ca rezultatul final ăl mai multor forţe conflictuale diferite care deservesc o varietate de funcţii corespunzând atât cererii realităţii, cât şi nevoilor inconştiente.

Principiul determinismului psihic, deşi cu certitudine

o noţiune de bază, atrage atenţia asupra a două posibile capcane. În primul rând, factorii inconştienţi nu determină toate comportamentele sau simptomele. Atunci când un pacient cu boală Alzheimer uită numele partenerului, nu este probabil un act ratat. Când un pacient care suferă de crize epileptice parţiale complexe îşi închide şi deschide nasturii într-un mod stereotip în timpul aurei, simptomul poate fi atribuit unui focar iritabil din lobul temporal. Psihiatrul de orientare dinamică are ca sarcină să diferenţieze simptomele şi comportamentele care pot fi explicate prin intervenţia factorilor dinamici de cele care nu pot fi astfel explicate. O a doua capcană derivă din experienţa cu pacienţii care nu fac efortul de a-şi schimba comportamentul întrucât se consideră victime pasive ale forţelor inconştiente. În cadrul conceptului determinismului psihic este loc pentru alegere. Deşi poate fi mai restricţionată decât ne place să credem, intenţia conştientă de a ne schimba poate fi un factor care influenţează dispariţia simptomelor (Appelbaum, 1981). Psihiatrul de orientare dinamică trebuie să fie precaut în faţa pacientului care justifică faptul de a rămâne bolnav, invocând determinismul psihic.

1.4 Trecutul este prologul

Un al patrulea principiu de bază al psihiatriei dinamice constă în faptul că experienţele copilăriei au un rol crucial în determinarea personalităţii adultului. În succintele cuvinte ale lui William Wordsworth, „copilul este tatăl omului”. Psihiatrul de orientare dinamică ascultă cu atenţie atunci când un pacient vorbeşte de amintirile din copilărie, ştiind că aceste experienţe pot juca un rol critic în problemele actuale. Într-adevăr, etiologia şi patogenia sunt deseori legate de evenimentele din copilărie, în concepţia dinamică. În unele cazuri, traumele

evidente, ca incestul sau abuzul fizic, duc la tulburări de personalitate ale adultului. Mai frecvent, modelele cronice, repetitive ale interacţiunii din cadrul familiei sunt de o mai mare semnificaţie etiologică.

Punctul de vedere dinamic ia în consideraţie şi faptul că nou-născuţii şi copiii percep mediul prin filtre extrem de subiective, care pot distorsiona calităţile reale ale figurilor din jurul lor. În mod similar, anumiţi copii sunt de felul lor greu de crescut, indiferent cât de eficienţi sunt părinţii lor. Cercetarea a arătat că există diferite temperamente constituţionale la nou-născuţi (Thomas şi Chess, 1984). Etiologia unei tulburări psihice poate fi legată de cât de bună este „potrivirea" dintre temperamentul copilului şi cel al figurii parentale. Copilul hiperiritabil care se simte bine cu o mamă calmă se poate simţi rău cu o mamă foarte încordată. Acest model al „capacităţii de potrivire" evită învinuirea fie a părinţilor, fie a copiilor pentru problemele psihiatrice ale celor din urmă.

Teoriile dezvoltării din timpul copilăriei au fost întotdeauna un motiv central al psihiatriei dinamice. Freud a postulat că un copil trece prin trei stadii principale psihosexuale în drumul către maturitate. Fiecare dintre acestea – oral, anal, genitaleste asociată cu o anumită zonă corporală, unde Freud considera că se află concentrat libidoul sau energia sexuală a copilului. Ca rezultat al traumelor din mediu, al factorilor constituţionali sau al ambelor, un copil se poate opri din dezvoltare în faza orală sau anală, ceea ce rezultă într-o fixaţie care persistă în viaţa adultă. Sub stres, adultul poate regresa la această fază mai primitivă a dezvoltării şi să manifeste, în consecinţă, organizarea psihică a gratificării instinctuale asociată cu faza respectivă. Deşi Freud a reconstituit dezvoltarea din cursul copilăriei în mod retrospectiv, bazat pe relatările pacienţilor adulţi în psihanaliză, ulterior, cercetătorii psihanalişti au studiat dezvoltarea prospectiv,

prin observarea directă a nou-născutului şi copilului. Aceste teorii sunt discutate mai detaliat în Capitolul 2.

Din perspectiva dezvoltării, gândirea psihodinamică a fost recent chestionată de un val de reducţionism genetic. Decodarea genomului uman a constituit un progres major al ştiinţei, dar a existat o tendinţă derutantă de a considera genomul sinonim cu apartenenţa la rasa umană. Bioeticianul Alex Mauron (2001) sublinia faptul că identitatea personală nu se suprapune cu identitatea genomică. Gemenii monozigoţi cu genom identic sunt indivizi distincţi în cel mai înalt grad. Din fericire, această tendinţă reducţionistă a dus la o ripostă din partea oamenilor de ştiinţă, care au insistat că genele sunt într-o continuă interacţiune cu mediul şi că ADN-ul nu este egal cu destinul. După cum nota Robinson (2004), „putem studia acum genele suficient de detaliat pentru a depăşi această dezbatere natură-dezvoltare. Este clar în prezent că ADN-ul este atât moştenit, cât şi sub influenţa mediului" (p. 397). În mod paradoxal, cercetarea genetică modernă şi studiul plasticităţii creierului au arătat că genele sunt reglate în cel mai înalt grad de semnale din mediu, de-a lungul vieţii (Hyman, 1999). Zestrea genetică a unui individ influenţează tipul de îngrijire parentală pe care îl va primi, iar această contribuţie la dezvoltare din partea părinţilor şi a altor figuri din mediu poate influenţa, la rândul ei, exprimarea genomului. Conexiunile neuronale dintre cortex, sistemul limbic şi sistemul nervos autonom alcătuiesc anumite circuite, în conformitate cu experienţe specifice ale organismului în dezvoltare. Astfel, circuitele emoţiilor şi memoriei sunt legate între ele datorită unor modele de conexiune constante, repetitive rezultate din stimuli şi mediu. Acest model de dezvoltare este deseori descris pe scurt astfel: „Neuronii care sunt activaţi împreună funcţionează împreună" (Schatz, 1992, p. 64).

Studiile asupra primatelor s-au dovedit extrem de

utile în demonstrarea faptului că influenţele din mediu pot deveni mai importante decât tendinţele genetice. Suomi (1991) nota că aproximativ 20 dintre puii de maimuţă din colonia studiată, care erau crescuţi de mamele lor, reacţionau la separările scurte prin creşterea nivelurilor de cortizol şi hormon adrenocorticotropic, reacţii depresive şi turnover exagerat de norepinefrină. Această vulnerabilitate pare să fie genetică. Totuşi, când au fost plasate pe lângă aceşti pui mame neobişnuit de grijulii, din comunitatea de maimuţe, vulnerabilitatea înnăscută la anxietatea de separare a dispărut. Aceşti pui s-au ridicat, în cele din urmă, la nivelul superior al ierarhiei sociale din cadrul coloniei de maimuţe, indicând că aceste „supermame" au ajutat tinerele maimuţe să-şi dezvolte sensibilitatea înnăscută într-o direcţie adaptaţi-vă care le-a permis să fie mai receptive la indiciile sociale şi să răspundă acestora într-un mod avantajos pentru ele.

Cinci până la zece la sută din populaţia de maimuţe rhesus simt neobişnuit de impulsive, lipsite de sensibilitate şi în mod evident agresive în interacţiunile lor cu ceilalţi membri ai grupului (Suomi, 2003). Maimuţele rhesus, care împărtăşesc aproximativ 95 din genele lor cu fiinţa umană, arată, de asemenea, trăsături comune în legătura dintre agresivitatea impulsivă şi nivelul metabolismului serotoninergic (Higley et al., 1991). Există un raport invers proporţional între concentraţia de acid 5-hidroxiindolacetic (5-HIAA) din lichidul cerebrorahidian (LER) şi agresivitatea impulsivă. Totuşi, înclinaţia moştenită de a dezvolta modele de agresivitate impulsivă poate fi modificată substanţial de experienţele timpurii care implică relaţii de ataşament social. Maimuţele crescute de alţi membri ai grupului au în mod constant concentraţii mai scăzute de 5-HIAA în LER, în comparaţie cu cele crescute de mamele lor.

Gena transportorului de serotonină (*5HTT*) prezintă

variaţii de lungime în regiunea promotoare, ceea ce duce la variaţia alelică în expresia *5HTT.* O alelă „scurtă” *(LS)* conferă o slabă eficienţă în transcripţia regiunii promotoare *5HTT,* comparativ cu alela lungă (LL), sugerând că mai slaba expresie 5HTT poate duce la scăderea funcţiei serotoninergice. Bennett et al. (2002) au constatat că nivelul 5HIAA în LER nu este diferit în funcţie de statusul *5HTT* pentru subiecţii crescuţi de mame, pe când între maimuţele crescute de alţi membri ai grupului, indivizii cu alela *LS* au concentraţii semnificativ mai scăzute de 5-HIAA în LER decât cei cu alela *LL.* A fi crescut de propria mamă pare să compenseze orice efect potenţial dăunător al alelei *LS* asupra metabolismului serotoninei. În schimb, maimuţele crescute de alţi membri ai grupului, care au polimorfism de tip *LS,* arată un nivel mult mai înalt de agresivitate impulsivă, decât maimuţele crescute de membri ai grupului care au polimorfism de tip *LL.* Acestea din urmă au un nivel scăzut de agresivitate, similar cu cel al maimuţelor crescute de mame, fie cu alela *LL* fie cu alela LS, indicând din nou un efect compensator al îngrijirii materne.

Maimuţele rhesus cu nivel scăzut de 5-HIAA în LER sunt, de asemenea, înclinate să consume mai mult alcool atunci când li se pun la dispoziţie băuturi aromate cu aspartam, cu 7 alcool (Suomi, 2003). În acest caz datele referitoare la efectul compensator al îngrijirii materne reflectă în mod evident rolul mediului asupra influenţei genelor. Dintre maimuţele crescute de membrii grupului, cele cu alela *LS* consumă mai mult alcool decât cele cu alela *LL.* Exact inversul situaţiei a fost valabil dacă subiecţii au fost crescuţi de mame. Alela *LS* a dus la un consum mai redus de alcool decât alela *LL.* Cercetătorii au ajuns la concluzia că alela scurtă a genei *5HTT* poate duce la un grad de psihopatologie la maimuţele rhesus care au un istoric de îngrijire timpurie defavorabilă, dar ar putea

avea un rol *adaptativ* pentru acele maimuţe care au relaţii de ataşament timpuriu securizante cu mamele lor (Suomi, 2003).

Într-o serie de studii, Meaney şi colegii săi (Francis et al., 1999; Weaver et al., 2002, 2004) au demonstrat că mamele de şobolan care oferă mai multă atenţie puilor, prin curăţare şi lins în timpul îngrijirii, le conferă acestora o protecţie împotriva stresului, valabilă toată viaţa. Expresia genelor care reglează receptorii glucocorticoizilor este crescută ca rezultat al acestui comportament de lins şi curăţare. În concordanţă cu această expresie crescută are loc o supresie a genelor care reglează sinteza factorului de eliberare a corticotropinei. Şi mai izbitor este faptul că puii femele ai mamelor de şobolan care au un comportament accentuat de lins şi curăţare devin mame cu acelaşi fel de comportament. Dacă puii femele care se nasc din mame care îşi curăţă şi ling mai puţin puii vor fi crescuţi de mame care au, din contră, un comportament de îngrijire mai accentuat, vor deveni mame care oferă mai multă atenţie puilor. Acest comportament matern este transmis transgeneraţional fără alterarea genomului. Astfel, această transmitere este numită modificare sau programare *epigenetică* şi este legată de diferenţe în metilarea ADN (Weaver et al., 2004).

O mare parte din această cercetare a interferenţei dintre gene şi mediu la animale îşi găseşte corespondenţe la subiecţii umani. Datele din lumea animală sugerează că există ferestre în timp, în care o genă este dependentă de un anumit tip de influenţă din mediu pentru a-i determina expresia. Cercetătorii au găsit ferestre similare în dezvoltarea umană pentru perioade de modificări structurale majore în formarea creierului (Ornitz 1991; Perry et al., 1995; Pynoos et al., 1997). De exemplu, Bremner et al. (1997) au arătat că la adulţii cu tulburare de stres posttraumatic, care au avut un istoric de abuz fizic

şi sexual în copilărie, s-a constatat o reducere a volumului hipocampului stâng, în comparaţie cu subiecţii control. Este posibil ca experienţele traumatice din timpul perioadelor stabile de dezvoltare a creierului să producă o formă de regresie la un stadiu mai timpuriu al funcţiei şi structurii neuronale (Pynoos et al., 1997).

Aşa cum se discută în Capitolul 17, Reiss et al. (1995) au demonstrat că răspunsurile parentale faţă de copii pot afecta expresia fenotipică a vulnerabilităţii genetice la comportamentul antisocial. În mod similar, trăsătura de timiditate şi posibil fobia socială par să reflecte influenţe ale mediului asupra vulnerabilităţii moştenite la acea trăsătură (Kagan et al., 1988). Acest fenomen este discutat mai amplu în Capitolul 9.

Fonagy et al. (2002) au adăugat o nouă componentă la interacţiunea complexă dintre gene şi mediu. Ei susţin că modul în care mediul este perceput de un copil acţionează ca un filtru referitor la expresia genotipului în fenotip. Ei au considerat că interpretarea mediului social, bazată pe natura relaţiei de ataşament cu persoana care îl îngrijeşte, duce la procese de reprezentare a Sinelui şi a celuilalt, care au o mare influenţă asupra expresiei genetice finale. Cu alte cuvinte, a procesa şi a înţelege ceea ce se întâmplă în mediul social poate contribui la determinarea dacă un anumit eveniment din mediu este traumatic, precum şi dacă acesta duce la efecte patogenice pe termen lung. Autorii oferă date preliminare în favoarea acestei ipoteze.

1.4.1 Transferul

Persistenţa modelelor de organizare psihică din copilărie în viaţa adultă implică faptul că trecutul se repetă în prezent. Poate cel mai grăitor exemplu în acest sens este conceptul central al psihodinamicii, *transferul,* în care

pacientul îl percepe pe doctor ca pe o figură semnificativă din trecutul său. Calităţi ale acelei figuri din trecut vor fi atribuite doctorului, iar sentimentele asociate cu acea figură vor fi trăite în acelaşi mod şi în relaţia cu doctorul. Pacientul *repune în act,* în mod inconştient, relaţia din trecut în loc să şi-o aducă aminte şi prin aceasta introduce în tratament o multitudine de informaţii referitoare la relaţiile anterioare.

Deşi conceptul de transfer este în general asociat cu psihanaliza sau psihoterapia, relaţia terapeutică este doar unul dintre exemplele unui fenomen mai general. După cum spunea Brenner (1982): *„Fiecare* relaţie de obiect adaugă ceva nou la primele şi definitivele ataşamente din copilărie… Transferul este ubicuitar, dezvoltându-se în orice relaţie psihanalitică, întrucât se dezvoltă în orice situaţie în care o altă persoană este importantă pentru viaţa subiectului" (p. 194 – 195). Contribuţii mai recente la înţelegerea transferului acceptă că trăsăturile *reale* ale clinicianului influenţează întotdeauna natura transferului (Hoffman, 1998; Renik, 1993). Cu alte cuvinte, dacă un terapeut este tăcut şi detaşat de pacient, se poate dezvolta un transfer rece, îndepărtat, neangajat faţă de acel terapeut. Deşi transferul poate rezulta parţial din ataşamentele timpurii ale copilăriei, el este influenţat şi de comportamentul real al terapeutului. Astfel, fiecare relaţie din cadrul clinic este un amestec de relaţie reală şi fenomene de transfer.

Unii psihanalişti afirmă că există două dimensiuni ale transferului: 1) o dimensiune repetitivă, în care pacientul se teme şi aşteaptă ca analistul să se comporte aşa cum se purtau părinţii şi 2) o dimensiune de obiect al Sinelui, în care pacientul tânjeşte după o experienţă vindecătoare sau corectivă, care a lipsit în copilărie (Stolorow, 1995). Aceste aspecte ale transferului trec pe rând în prim-plan sau în fundalul trăirilor pacientului.

Psihiatrul de orientare dinamică recunoaşte răspândirea pregnantă a fenomenelor de transfer şi realizează că problemele relaţionale de care pacientul se plânge se vor manifesta deseori în relaţia acestuia cu terapeutul. Ce este unic în relaţia doctor-pacient în psihiatria dinamică *nu* este prezenţa transferului, ci faptul că acesta reprezintă materialul terapeutic care urmează a fi înţeles. Atunci când psihiatrii de orientare dinamică sunt expuşi unor invective pline de ură din partea pacienţilor lor, nu îi resping pe aceştia cu furie, aşa cum ar face majoritatea oamenilor din viaţa pacienţilor. Din contră, aceşti psihiatri încearcă să afle care dintre relaţiile anterioare ale pacientului se repetă în prezent şi care este contribuţia caracteristicilor lor reale la situaţia prezentă. În acest sens, psihiatrii de orientare dinamică sunt definiţi în egală măsură prin ceea ce *nu* fac, precum şi prin ceea ce fac.

Din perspectiva neuroştiinţelor, înţelegem transferul ca fiind legat de reprezentările interne ale obiectelor, declanşat de caracteristicile reale ale terapeutului (Westen şi Gabbard, 2002). Reprezentările există ca o reţea de neuroni care poate fi activată în tandem. Astfel, reprezentările simt ca nişte potenţiale care aşteaptă să fie activate atunci când anumite aspecte ale terapeutului îi amintesc pacientului de calităţi similare cu cele ale figurii reprezentate în reţelele neuronale ale pacientului. Un bărbat tânăr văzând un terapeut de sex masculin în vârstă, cu barbă, ar putea să-şi aducă aminte de tatăl său şi să înceapă să se raporteze la terapeut ca şi cum acesta ar fi tatăl său. Din perspectiva neuroştiinţelor, rolul expectaţiei din transfer este similar cu modul în care ne împăcăm cu pata oarbă din locul în care nervul optic iese din globul ocular (Solms şi Turnbull, 2003). În ciuda „găurii” din câmpul vizual, noi umplem golul, bazându-ne pe ceea ce ne aşteptăm să vedem. Cortexul frontal orbital drept este

considerat a avea un rol important în dezvoltarea reprezentărilor interne despre sine şi ceilalţi, legat de stările afective (Schore, *1997).* În această arie cerebrală există o convergenţă a informaţiilor procesate subcortical în legătură cu stările de motivaţie şi emoţionale, cu informaţii procesate cortical referitoare la mediul extern. Astfel, reţelele care generează reprezentări primesc o mare parte din informaţia codificată din această arie cerebrală (vezi figura 1 – 4).

1.4.2 Contratransferul

Un principiu cuprinzător îmbrăţişat de cei care practică psihiatria de orientare dinamică este acela că noi suntem în mod fundamental mai degrabă asemănători cu pacienţii noştri decât diferiţi de ei. Mecanismele psihologice din stările patologice simt doar extensii ale principiilor implicate în funcţionarea dezvoltării normale. Doctorul şi pacientul sunt amândoi fiinţe umane. Aşa cum pacienţii resimt transferul, terapeuţii resimt contratransferul. Întrucât fiecare relaţie curentă este o nouă adăugire la relaţiile vechi, este logic ca psihiatrul să trăiască un contratransfer, aşa cum pacientul trăieşte transferul, ele fiind procese esenţial identice – fiecare îl resimte în mod inconştient pe celălalt ca o figură din trecut.

Conceptul de *contratransfer* a cunoscut o evoluţie considerabilă de la formularea sa (Hamilton, 1988; Kemberg, 1965). Definiţia îngustă a lui Freud (1912/1958) se referea la transferul analistului faţă de pacient sau la răspunsul analistului la transferul pacientului. Implicită în această conceptualizare este apariţia conflictelor nerezolvate din inconştientul analistului. Totuşi Winnicott (1949), lucrând cu pacienţi psihotici sau cu tulburări severe de personalitate, a remarcat o formă diferită de

contratransfer. El a denumit sentimentul *ură obiectivă,* întrucât nu era o reacţie rezultată din conflicte inconştiente nerezolvate ale terapeutului, ci mai degrabă o reacţie naturală faţă de comportamentul scandalos al pacientului. Este obiectiv în măsura în care

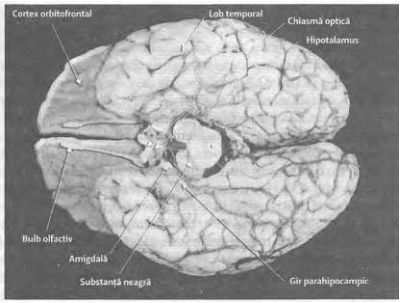

Figura 1 – 4, Cortexul orbito-frontaJ pe faţa inferioară a creierului

practic oricine ar reacţiona în mod similar la un astfel de comportament provocator al unui pacient.

După cum prevedea Kemberg (1965), această definiţie mai largă a contratransferului ca reacţie emoţională totală conştientă şi adecvată a terapeutului faţă de pacient câştigă o mai largă acceptare, în special întrucât ajută la descrierea muncii cu pacienţi care au tulburări severe de personalitate, ceea ce constituie un segment din ce în ce mai important al practicii psihiatrului de orientare dinamică. Această definiţie contribuie la atenuarea conotaţiei peiorative a contratransferului – probleme nerezolvate ale terapeutului care impun tratament – şi înlocuirea acesteia cu o concepţie care vede contratransferul ca pe un important instrument diagnostic şi terapeutic, care îi oferă terapeutului multe informaţii despre lumea internă a pacientului.

Întrucât definiţia a continuat să evolueze, contratransferul este actualmente privit, în general, ca implicând *ambele* caracteristici – cea îngustă şi cea largă,

cuprinzătoare. Cele mai multe perspective teoretice consideră contratransferul ca implicând o reacţie reunită creată în clinician, care rezultă parţial din contribuţia trecutului clinicianului şi parţial din sentimente *induse* de comportamentul pacientului (Gabbard, 1995). În unele cazuri, accentul poate fi pus mai mult pe contribuţiile clinicianului decât pe cele ale pacientului; în alte cazuri poate fi valabil reversul. Contratransferul constituie atât o sursă de informaţii valoroase referitoare la lumea internă a pacientului, cât şi o interferenţă cu tratamentul.

1.5 Rezistenţa

Ultimul principiu major al psihiatriei dinamice se referă la dorinţa pacientului de a păstra un status quo, de a se opune eforturilor terapeutului de a produce insight şi schimbare. În lucrările sale timpurii despre tehnică, Freud (1912/1958) a descris aceste puternice forţe care se opun: „Rezistenţa însoţeşte tratamentul pas cu pas. Fiecare asociaţie, fiecare act al persoanei sub tratament trebuie să ţină seamă de rezistenţă şi reprezintă un compromis între forţele care se luptă pentru vindecare şi cele care se opun” (p. 103). Rezistenţele la tratament simt ubicuitare, ca şi fenomenele de transfer, şi pot îmbrăca multe forme, inclusiv întârzierea la întâlnirile fixate, refuzul de a lua medicamentele, uitarea sfaturilor sau interpretărilor psihiatrului, tăcerea în timpul şedinţelor de terapie, concentrarea asupra unui material neimportant în timpul şedinţelor sau uitarea achitării terapiei, pentru a enumera doar câteva. Rezistenţa poate fi conştientă, preconştientă sau inconştientă. Toate rezistenţele au în comun o încercare de a evita sentimente neplăcute, fie ele de furie, vinovăţie, ură, dragoste (dacă este direcţionată către un obiect interzis cum ar fi terapeutul), invidie, ruşine, jale, anxietate sau o combinaţie a acestora.

Rezistenţa apără boala pacientului. Mecanismele de apărare caracteristice pacientului, menite să-l păzească de sentimente neplăcute, ies la iveală în timpul tratamentului dinamic. De fapt, rezistenţa poate fi definită ca o însumare a apărărilor pacientului, aşa cum se manifestă ele în tratamentul psihodinamic (Greenson, 1967). Diferenţa dintre rezistenţe şi mecanismele de apărare este doar aceea că primele pot fi observate, pe când cele din urmă trebuie deduse (Thomă şi Kächele, 1987). Puterea apărării sau rezistenţei este în mod necesar proporţională cu puterea impulsului subiacent. Aşa cum observa Ralph Waldo Emerson: „Cu cât vorbea mai tare de onoarea sa, cu atât mai repede ne număram lingurile".

Psihiatrul de orientare dinamică se aşteaptă să întâmpine rezistenţă la tratament şi este pregătit să se adreseze acestui fenomen ca parte a procesului terapeutic. În timp ce alţi terapeuţi pot fi furioşi când pacienţii lor nu sunt complianţi cu tratamentul prescris, psihiatrii de orientare dinamică sunt curioşi să afle ce protejează această rezistenţă şi ce situaţie din trecut este repusă în act. Deşi rezistenţa are conotaţia unui obstacol care trebuie îndepărtat pentru a conduce tratamentul într-o mare măsură, înţelegerea rezistenţei *este* tratamentul în numeroase cazuri. Freud avea tendinţa să utilizeze rezistenţa pentru a desemna două fenomene diferite: 1) o oprire a asociaţiei libere a pacientului şi 2) o revelaţie legată de o relaţie internă de obiect foarte semnificativă, din trecutul pacientului, adusă în prezent, împreună cu terapeutul (Friedman, 1991). Modul în care pacientul rezistă este probabil o reeditare a unei relaţii trecute, care influenţează o varietate de relaţii prezente. De exemplu, pacienţii care şi-au petrecut copilăria revoltându-se împotriva părinţilor ar putea să se revolte în mod inconştient împotriva doctorului lor, ca şi împotriva altor figuri autoritare. Clinicianul de orientare dinamică ajută

pacientul să înţeleagă aceste modele, astfel încât ele să devină pe deplin conştiente.

1.6 Neurobiologia şi psihoterapia

Psihoterapia psihodinamică este o parte importantă a identităţii psihiatrului psihodinamic. Datele din neurobiologie contribuie la înţelegerea psihoterapie! într-un ritm remarcabil, în ultimii ani. O scurtă trecere în revistă a acestor date subliniază faptul că psihoterapia are un impact major asupra creierului şi nu poate fi considerată doar o simplă „ţinere de mână" sau reasigurare.

Într-o serie de experimente inovatoare cu melcul marin *Aplysia,* Kandel a demonstrat cum conexiunile sinaptice pot fi în mod permanent alterate şi întărite prin reglarea expresiei genetice conectate cu învăţarea din mediul extern (Kandel, 1979, 1983, 1998). În acest organism, numărul sinapselor se dublează sau triplează ca rezultat al învăţării. Kandel a postulat că psihoterapia poate provoca modificări similare la nivelul sinapselor cerebrale. În acelaşi mod în care psihoterapeutul conceptualizează reprezentarea Sinelui şi obiectelor ca maleabile prin intervenţia psihoterapiei, Kandel a remarcat că substanţa cerebrală ca atare este o structură plastică şi dinamică. Dacă psihoterapia este privită ca o formă de învăţare, atunci procesul învăţării care are loc în cursul psihoterapiei poate să producă modificări ale expresiei genetice şi deci să schimbe puterea conexiunilor sinaptice. Secvenţa unei gene – funcţia de modelare – nu poate fi afectată de experienţe legate de mediu, dar funcţia de transcripţie a genei – capacitatea unei gene de a direcţiona producerea unor proteine specifice – este cu siguranţă reactivă la factorii din mediu şi reglată de acele influenţe.

O parte integrantă a psihoterapiei psihodinamice

este realizarea insight-ului referitor la propriile probleme. Până de curând, procesul realizării insight-ului a rămas un mister în termenii corelaţiei neuronale. Cercetări recente efectuate de Jung-Beeman et al. (2004) au arimcat o oarecare lumină asupra acestui proces. Utilizând date culese prin RMN funcţional şi înregistrări electroencefalografice efectuate la nivelul scalpului, autorii au identificat modele diferite care indică o implicare diferenţiată emisferică pentru soluţiile cu insight şi fără insight. Subiecţii au rezolvat probleme verbale şi după fiecare soluţie corectă au indicat dacă au rezolvat problema cu sau fără insight. Investigatorii au găsit două corelaţii neuronale majore ale insight-ului. Imagistica a demonstrat creşterea activităţii în girusul temporal superior anterior al emisferei drepte pentru soluţiile cu insight, faţă de cele fără insight. Înregistrările electroencefalografice au identificat o creştere bruscă a activităţii neuronale cu frecvenţă înaltă (banda gamma), în aceeaşi arie, începând cu 0, 3 secunde înainte de soluţiile cu insight. Astfel, apariţia bruscă a fenomenului de insight în terapie se poate reflecta în activitatea neuronală specifică, ce are loc atunci când anumite conexiuni, mai puţin evidente anterior, devin vizibile.

Cercetători finlandezi au arătat că terapia psihodinamică ar putea avea un impact semnificativ asupra metabolismului serotoninei (Viinamăki et al., 1998). La începutul unui proces psihoterapeutic de un an, a fost efectuată o investigaţie imagistică – tomografie computerizată cu emisie unică de fotoni (SPECT) – la un tânăr de 25 de ani, cu tulburare de personalitate borderline şi depresie. Unui alt bărbat, cu probleme similare, i s-au efectuat, de asemenea, investigaţii imagistice, dar el nu a beneficiat de psihoterapie sau de un alt tratament. Imaginile iniţiale pe SPECT au arătat că ambii pacienţi aveau o scădere marcată a captării

serotoninei în aria prefrontală mediană şi talamus, comparativ cu un lot martor de 10 subiecţi sănătoşi. După un an de terapie psihodinamică, investigaţia imagistică SPECT a arătat că pacientul care a beneficiat de psihoterapie avea o rată normală de captare a serotoninei, pe când pacientul control, care nu a făcut psihoterapie, continua să aibă o rată foarte scăzută de captare a serotoninei. Întrucât pacientul care a beneficiat de psihoterapie nu a urmat un tratament medicamentos în paralel cu terapia, aceste constatări sugerează că terapia dinamică în sine a dus la normalizarea metabolismului serotoninei.

Combinarea psihoterapiei cu farmacoterapia este din ce în ce mai frecventă în practica psihiatrică, pe măsură ce se acumulează dovezile că multe tulburări răspund mai bine la un tratament combinat, decât la una dintre abordări, aplicată separat (Gabbard şi Kay, 2001). Întrucât ambele tratamente afectează creierul într-un sens foarte real, amândouă sunt tratamente biologice. Totuşi mecanismele de acţiune ale celor două tipuri de tratament pot avea loc în arii foarte diferite ale creierului. Goldapple et al. (2004) au investigat, cu ajutorul PET, 17 pacienţi fără tratament medicamentos, cu depresie unipolară, înainte şi după o terapie cognitiv-comportamentală care cuprindea 15 – 20 de şedinţe. Ei au comparat aceste constatări cu un alt grup, de 13 pacienţi depresivi, care au răspuns la tratamentul cu paroxetină. Psihoterapia a părut să aibă impact asupra unor regiuni ale creierului unde medicamentele nu acţionau. Psihoterapia a fost asociată cu creşteri ale metabolismului în girusul cingulat anterior şi hipocamp şi cu scăderi ale metabolismului în cortexul frontal median, ventral şi dorsal. În contrast, tratamentul cu paroxetină ducea la creşterea metabolismului în cortexul prefrontal şi scăderea metabolismului în trunchiul cerebral şi girusul cingulat subgenual. Pe scurt, terapia

pare să acţioneze într-o manieră „de sus în jos”, pe când tratamentul medicamentos acţionează „de jos în sus”.

O concepţie stigmatizantă referitoare la practica psihoterapiei este că pacienţii care recurg la aceasta sunt doar cei care sunt bine şi sunt doar îngrijoraţi, nu cei care suferă cu adevărat. Studiile neurobiologice ale pierderii sociale sugerează însă altceva. Eisenberger et al. (2003) au efectuat un studiu RMN funcţional conceput pentru a examina corelaţiile neuronale ale excluderii sociale. Ei au testat ipoteza că originea cerebrală a durerii sociale este similară cu cea a durerii fizice. Au constatat că sentimentele de excludere sau respingere socială corespundeau cu cele din studiile referitoare la durerea fizică, atunci când erau activate aceleaşi arii cerebrale. De exemplu, s-a constatat că aria cortexului cingulat anterior, cunoscută ca fiind implicată în trăirea durerii fizice, este activată direct proporţional cu intensitatea suferinţei sociale legate de sentimente de excludere. Într-un comentariu asupra studiului, Panksepp (2003) a făcut următoarea observaţie: „De-a lungul istoriei, poeţii au scris despre durerea unei inimi zdrobite. Se pare că astfel de înţelegeri poetice referitoare la condiţia umană sunt în prezent susţinute de date din neurofiziologie” (p. 238).

Este, de asemenea, posibil ca elementele afective ale durerii să fie separate de componentele senzoriale. Singer et al. (2004) au evaluat activitatea cerebrală a unor voluntari în timp ce aceştia experimentau un stimul dureros şi au comparat-o cu aceea care apărea atunci când subiecţii voluntari observau un semnal care indica faptul că unei persoane iubite, prezentă în aceeaşi încăpere, i se aplică un stimul dureros similar. Datele rezultate din RMN funcţional au sugerat că subiecţii voluntari aveau un răspuns neuronal la nivelul zonei anterioare a insulei, bilateral, precum şi a cortexului cingulat anterior rostral, atunci când o persoană iubită suferea, dar nu exista niciun

răspuns la nivelul ariilor implicate în durerea senzorială. Astfel, după cum ştie orice terapeut bun, este posibil să resimţi aspectele emoţionale ale străduinţelor pacientului, fără întregul efect al calităţilor senzoriale inerente durerii. Investigatorii au ajuns la concluzia că această capacitate de a decupla aspectele senzoriale de cele emoţionale ale empatiei oferă un sistem pentru reprezentarea stărilor corporale interne şi a stărilor afective subiective ale celorlalţi.

Această scurtă trecere în revistă a cercetărilor neurobiologice recente relevante pentru psihoterapie ne duce înapoi la dilemele psihic-creier discutate mai la începutul capitolului. Cunoaşterea ariilor cerebrale activate de emoţii în prezenţa simptomelor generate de forţe biologice nu diminuează cu nimic importanţa semnificaţiilor individuale şi a interpretărilor idiosincratice ale evenimentelor din viaţa unei persoane, bazate pe experienţele anterioare. În psihiatria psihodinamică trebuie să facem diferenţa dintre cauzare şi semnificaţie. Psihiatria care pierde acest domeniu al semnificaţiei devine fără conţinut. Conflicte psihodinamice preexistente se pot ataşa de simptome determinate biologic, cu rezultatul că simptomele funcţionează apoi ca vehicul pentru exprimarea conflictelor (Gabbard, 1992). Să ne gândim la o analogie: când un magnet este plasat sub o foaie de hârtie pe care se află resturi de fier, acestea se aliniază şi urmează mişcările magnetului pe suprafaţa hârtiei. În mod similar, elementele psihodinamice folosesc frecvent forţele biologice asemănătoare magnetului, pentru propriile lor scopuri. Halucinaţiile auditive sunt generate parţial de modificări ale neurotransmiţătorilor la persoanele cu schizofrenie, dar conţinutul halucinaţiilor are deseori semnificaţii specifice bazate pe conflictele psihodinamice ale pacientului.

1.7 Rolul psihiatrului de orientare dinamică în psihiatria contemporană

Formarea în psihiatrie dinamică lărgeşte semnificativ orizontul expertizei clinicianului. Un avantaj real al abordării dinamice este atenţia pe care aceasta o acordă rolului factorilor legaţi de personalitate, în expresia tulburărilor. De altfel, personalitatea şi influenţa sa asupra pacientului constituie domenii importante ale expertizei psihiatrului de orientare dinamică (Michels, 1988). După cum argumentau în mod convingător Perry et al. (1987), întrucât fiecare tratament implică modificarea şi managementul terapeutic al personalităţii pacientului, evaluarea psihodinamică poate fi aplicată tuturor pacienţilor, nu doar celor trimişi pentru psihoterapie psihanalitică de lungă durată. Rezistenţele la tratament, datorate caracterului, subminează frecvent orice plan terapeutic bine gândit. Simptomele sunt strâns legate de structura caracterului, iar psihiatrul de orientare dinamică recunoaşte că în multe cazuri nu pot fi tratate simptomele fără a aborda mai întâi structura caracterologică.

Lipsa de complianţă la schema farmacoterapeutică recomandată poate fi deseori înţeleasă prin perspectiva problemelor legate de transfer, contratransfer şi rezistenţă. Există din ce în ce mai multe referinţe în literatură asupra practicii farmacoterapiei dinamice (Appelbaum şi Gutheil, 1980; Book, 1987; Docherty şi Fiester, 1985; Docherty et al., 1977; Gabbard şi Kay, 2001; Gutheil, 1977, 1982; Karasu, 1982; Kay, 2001; Ostow, 1983; Riba şi Balon, 2005; Thompson şi Brodie, 1981; Wylie şi Wylie, 1987) şi există un larg consens că semnificaţia psihodinamică a tratamentului medicamentos poate pune obstacole foarte mari la complianţa faţă de administrarea de medicamente. În Capitolul 5 voi discuta în detaliu abordarea dinamică a farmacoterapiei.

O abordare terapeutică dinamică nu este necesară, cu siguranţă, pentru fiecare pacient psihiatric. Cei care răspund bine la tratamentul medicamentos, la terapia electroconvulsivantă, la psihoterapiile scurte sau la desensibilizarea comportamentală nu au nevoie de serviciile unui psihiatru de orientare dinamică. Aşa cum se întâmplă şi cu toate celelalte şcoli de psihiatrie, abordarea psihoterapeutică dinamică nu poate trata eficient toate bolile psihice sau toţi pacienţii.

O abordare terapeutică strict dinamică ar trebui rezervată probabil pacienţilor care au cel mai mult nevoie de aceasta şi care nu răspund la alte intervenţii. Totuşi o abordare *informată dinamic* a majorităţii – dacă nu a tuturor – pacienţilor poate îmbogăţi practica psihiatrică şi accentua sentimentul clinicianului de a stăpâni misterele psihicului uman. Aceasta ar putea, de asemenea, să-l ajute pe psihiatrul de orientare dinamică să identifice şi să înţeleagă problemele contratransferenţiale curente, care interferează cu formularea diagnosticului şi eficienţa tratamentului. Într-un studiu referitor la psihiatrii din sectorul privat şi academic, Langsley şi Yager (1988) au constatat că pe locul doi în ierarhia celor mai preţuite abilităţi este aceea de a „recunoaşte problemele de contratransfer şi idiosincraziile personale, în măsura în care ele influenţează interacţiunile cu pacienţii şi de a fi capabil să se confrunte cu ele într-o manieră constructivă” (p. 471). Abordarea dinamică este singura care se adresează sistematic contribuţiilor conştiente şi inconştiente ale psihiatrului la procesul terapeutic şi la cel de evaluare.

2. Bazele teoretice ale psihiatriei dinamice

Nimic nu este atât de practic precum o teorie bună.

Kurt Lewin

Asemeni unui marinar fără sextant, un psihiatru care se apucă să navigheze în apele întunecate ale inconştientului fără o teorie se va rătăci curând. Teoria psihanalitică este fundamentul psihiatriei diramice. Aduce ordinea în lumea internă, aparent haotică, a pacientului. Îi permite psihiatrului să suplimenteze şi să depăşească nivelul descriptiv, de catalogare a simptomelor şi de aplicare a unor etichete diagnostice. Oferă o modalitate de a pătrunde şi a înţelege interiorul alambicat al psihismului. Teoria nu este doar un ghid pentru clinician către formularea diagnostică, ci aduce informaţii pentru alegerea unui tratament individualizat. Înţelegerea teoretică ajută psihiatrul de orientare dinamică să decidă ce să spună, când să spună, cum să spună şi ce este mai bine să nu spună.

Psihiatria dinamică actuală însumează cel puţin patru largi orientări teoretice psihanalitice: 1) psihologia Eului, derivată din teoria psihanalitică freudiană clasică; 2) teoria relaţiilor de obiect, derivată din lucrările lui Melanie Klein şi ale membrilor „Şcolii britanice", incluzându-i pe Fairbairn, Winnicott şi Balint; 3) psihologia Sinelui, formulată de Heinz Kohut şi elaborată de mulţi alţi autori care i-au urmat; 4) teoria ataşamentului.

Deşi au fost scrise volume întregi referitoare la fiecare dintre cele patru orientări, aici vor fi examinate cele mai importante trăsături ale acestora. În capitolele următoare, teoriile sunt trecute în revistă pentru a putea ilustra aplicarea lor în clinică.

2.1 Psihologia Eului

Perioada timpurie a lui Freud ca investigator psihanalitic a fost puternic influenţată de modelul său

topografic (descris în Capitolul 1). Simptomele isteriei erau considerate rezultatul amintirilor refulate referitoare la evenimente sau idei. Freud a emis ipoteza că intervenţia psihoterapeutică ar putea ridica refularea, ducând la rememorarea amintirilor. La rândul ei, descrierea verbală detaliată a ideii sau evenimentului patogenic rememorat, însoţită de emoţii intense, ar duce la dispariţia simptomului. De exemplu, braţul paralizat al unui tânăr ar putea fi rezultatul unei dorinţe refulate de a-şi lovi tatăl. Conform acestui model, tânărul ar putea să-şi folosească din nou braţul prin recuperarea dorinţei din inconştient, verbalizarea ei şi exprimarea furiei faţă de tatăl său. Această metodă cathartică, cunoscută şi ca *abreacţie,* face ca amintirea patogenă inconştientă să devină conştientă.

Totuşi modelul topografic a devenit curând insuficient pentru Freud. El întâlnea în mod repetat rezistenţe ale pacienţilor săi la manevrele lui terapeutice. Anumite amintiri nu puteau fi aduse înapoi în câmpul conştiinţei. Mecanismele de apărare responsabile pentru această rezistenţă erau ele însele inconştiente şi deci inaccesibile. Aceste observaţii l-au dus pe Freud la concluzia că Eul are componente atât conştiente, cât şi inconştiente.

Odată cu publicarea lucrării *Eul şi se-ul*, Freud (1923/1961) a introdus teoria structurală tripartită a Eului, Seului şi Supraeului. În modelul structural, care înlocuieşte modelul topografic, *Eul* era considerat ca fiind distinct de pulsiuni. Partea conştientă a Eului este organul executiv al psihicului, responsabil de luarea deciziilor şi integrarea informaţiilor datorate percepţiei. Partea inconştientă a Eului conţine mecanismele de apărare, ca de exemplu refularea, care sunt necesare pentru a contrabalansa pulsiunile puternice adăpostite în Se – în mod specific sexualitatea (libidoul) şi agresivitatea.

Se-ul este o instanţă intra-psihică inconştientă în

totalitate, care este interesată doar de descărcarea tensiunii. Se-ul este controlat atât de aspectele inconştiente ale Eului, cât şi de a treia instanţă a modelului structural – Supraeul. *Supraeul* este inconştient în cea mai mare parte, dar anumite aspecte sunt cu siguranţă conştiente. Această instanţă include conştiinţa morală şi idealul Eului. Prima *proscrie* (i.e., dictează ceea ce cineva *nu* ar trebui să facă, bazat pe internaiizarea valorilor parentale şi sociale), pe când cea de a doua *prescrie* (i.e., dictează ceea ce cineva ar trebui să facă sau să fie). Supraeul tinde să fie mai sensibil la străduinţele Seului şi de aceea este mai cufundat în inconştient decât este Eul (figura 2 – 1).

Psihologia Eului conceptualizează lumea intra-psihică ca o lume a conflictelor între instanţe. Supraeul, Eul şi se-ul se bat între ele, pe măsură ce sexualitatea şi agresivitatea se luptă pentru exprimare şi descărcare. Conflictul dintre instanţe produce anxietate. Anxietatea semnal (Freud 1926/1959) alertează Eul că este necesar un mecanism de apărare. Mecanismul de formare a simptomului nevrotic poate fi înţeles în această manieră. Conflictul produce anxietate, care duce la apărare, care conduce la un compromis între. Se şi Eu. Un simptom este deci o formaţiune de compromis care apără împotriva dorinţei ce se ridică din Se şi totodată gratifică dorinţa într-o formă deghizată.

De exemplu, un contabil cu tulburare de personalitate obsesiv-compulsivă era întotdeauna îngrijorat că şeful său ar putea fi furios pe el. El îl detesta în secret pe şeful său, iar anxietatea sa referitoare la furia şefului era o proiecţie a propriei dorinţe de a izbucni în faţa şefului şi a-i spune ceea ce crede despre el. Ca o apărare inconştientă, el era servil şi îndatoritor faţă de şeful său, pentru a fi sigur că nu va putea fi acuzat că este furios pe acesta. Şeful considera acest comportament

iritant şi drept consecinţă exista în permanenţă o tensiune între cei doi. Cu alte cuvinte, stilul servil al contabilului îl apăra împotriva răbufnirii propriei furii, dar conţinea o expresie atenuată a dorinţelor sale agresive din cauza reacţiei pe care o producea în şeful său.

Astfel de formaţiuni de compromis sunt procese psihice normale (Brenner, 1982). Simptomele nevrotice reprezintă doar varianta patologică. Trăsăturile de caracter pot fi formaţiuni de compromis şi pot reprezenta soluţii adaptative şi creative pentru conflictul intra-psihic.

2.1.1 Mecanismele de apărare

Freud a recunoscut existenţa altor mecanisme de apărare, dar el şi-a îndreptat atenţia, în cea mai mare parte, asupra refulării. În lucrarea ei de căpătâi *Eul şi mecanismele de apărare* (Freud 1936/1966), fiica lui Freud, Anna, a extins contribuţia lui şi a descris în detaliu nouă mecanisme de apărare de sine stătătoare: regresia, formaţiunea reacţională, anularea retroactivă, introiecţia, identificarea, proiecţia, întoarcerea împotriva Sinelui, transformarea în contrariu şi sublimarea. Chiar mai important, ea a recunoscut implicaţiile asupra tratamentului ale acestei atenţii crescute privind apărarea Eului. Psihanalistul nu mai putea doar să aştepte descoperirea dorinţelor inacceptabile din Se. O atenţie egală trebuia îndreptată către vicisitudinile eforturilor de apărare manifestate de către Eu, care se vor evidenţia ca rezistenţe în timpul tratamentului.

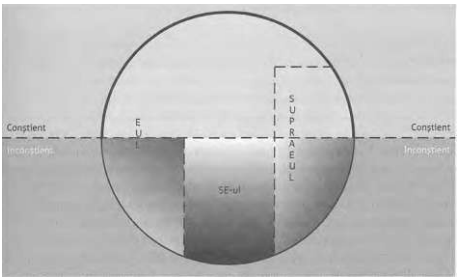

Figura 2 – 1. Model structural

Notă. Pneconştientu! *a* fost eliminat pentru simplificare.

Prin mutarea accentului pus de psihanaliză de la pulsiuni către apărările Eului, Anna Freud a anticipat îndepărtarea psihanalizei şi psihiatriei dinamice de la formarea simptomului nevrotic către patologia de caracter. Actualmente, definim parţial multe dintre formele tulburărilor de personalitate în conformitate cu mecanismele tipice de apărare. Astfel, psihiatrul de orientare dinamică trebuie să fie pe deplin familiar cu o gamă largă de mecanisme de apărare, datorită utilităţii lor în înţelegerea atât a problemelor nevrotice, cât şi a tulburărilor de personalitate.

Toate apărările au în comun protecţia Eului împotriva cerinţelor instinctuale din Se (Freud 1926/1959). Niciunul dintre noi nu este lipsit de mecanisme de apărare, iar apărările pe care le folosim spun multe despre noi. Ele sunt deseori clasificate conform unei ierarhii de la cea mai imatură sau patologică la cea mai matură sau sănătoasă (Vaillant, 1977), iar un profil al mecanismelor de apărare ale unei persoane este un bun barometru al sănătăţii psihice. Cele mai frecvente mecanisme de apărare simt trecute în revistă în tabelul 2 – 1.

2.1.2 Aspecte adaptative ale Eului

Importanţa Eului pentru psihic nu se limitează la funcţiile sale de apărare. Heinz Hartmann a fost unul dintre principalii autori care au contribuit la psihologia contemporană a Eului, punând accentul pe alte aspecte ale Eului decât cele de apărare. El a îndepărtat Eul de Se şi l-a

Tabel 2 – 1. O ierarhie a mecanismelor de apărare.

Mecanismul de apărare	**Descriere**
Apărări primiţi ve	
Clivajul	**Compartimentarea trăirilor referitoare la Sine şi altul, astfel încât integrarea nu este posibilă. Atunci când individul se confruntă cu contradicţii în comportament, gândire sau afect, el tratează dezacordurile cu negare blândă sau cu indiferenţă. Această apărare previne apariţia conflictului rezultat din**

	incompatibilitatea celor două aspecte polarizate ale Sinelui sau ale celuilalt.
Identificarea proiectivă	**Acest fenomen este atât un mecanism de apărare intra-psihic, cât şi un tip de comunicare interpersonală şi implică următorul comportament: o presiune interpersonală subtilă este pusă asupra altei persoane pentru a prelua caracteristici ale unui aspect al Sinelui sau ale unui obiect intern, care va fi proiectat în acea persoană. Persoana care este ţinta proiecţiei va începe să se comporte, să gândească şi să simtă în concordanţă cu ceea ce a fost proiectat în ea.**
Pr	**A percepe şi a**

oiecţia	**reacţiona la impulsuri interne şi la derivatele acestora ca şi când ar fi în afara Sinelui. Diferă de identificarea proiectivă prin faptul că ţinta proiecţiei nu se schimbă.**
Negarea	**Evitarea conştientizării unor aspecte ale realităţii externe greu de înfruntat prin ignorarea informaţiilor senzoriale.**
Disocierea	**Destrămarea sentimentului de continuitate al unei persoane în ariile identităţii, memoriei, conştiinţei sau percepţiei ca o modalitate de a menţine o iluzie a controlului psihic în faţa neajutorării şi a pierderii controlului. Deşi similară clivajului, disocierea poate în**

	cazuri extreme să implice afectarea memoriei referitoare la evenimente din cauza deconectării Sinelui de eveniment.
Idealizarea	**Atribuirea unor calităţi perfecte sau aproape perfecte altor persoane, ca o modalitate de a evita anxietatea sau sentimentele negative, cum ar fi dispreţul, invidia, furia.**
Acting out	**Punerea în act a unei dorinţe sau fantasme inconştiente, în mod impulsiv, ca o modalitate de a evita afecte dureroase.**
Somatizarea	**Conversia durerii emoţionale sau a altor stări afective în simptome fizice şi concentrarea atenţiei persoanei asupra problemelor**

	somatice (mai degrabă decât asupra celor intra-psihice).
Regresia	**Întoarcerea la o fază anterioară de dezvoltare sau funcţionare pentru a evita conflictele şi tensiunile asociate cu nivelul prezent de dezvoltare al persoanei respective.**
Fantasma schizoidă	**Retragerea în propria lume internă pentru a evita anxietatea legată de situaţiile interpersonale.**
Apărări nevrotice	**Ce de nivel mai înalt**
Introiecţia	**Internalizarea aspectelor unei persoane semnificative ca o modalitate de a accepta pierderea acelei persoane. Este, de asemenea, posibilă introiecţia unui obiect ostil sau rău ca un mod de a-**

	şi oferi iluzia de control asupra obiectului. Introiecţia are şi forme care nu au ca scop apărarea şi care fac parte din dezvoltarea normală.
Identificarea	**Internalizarea calităţilor unei alte persoane, devenind asemenea acelei persoane. În timp ce introiecţia duce la o reprezentare internalizata trăită ca un „altul”, identificarea este trăită ca parte a Sinelui. Şi identificarea poate avea alte funcţii decât cea de apărare, în cadrul dezvoltării normale.**
Deplasarea	**Mutarea sentimentelor asociate unei idei sau unui obiect asupra altei idei sau altui obiect care seamănă într-o oarecare măsură cu originalul.**

Intelectualizarea	**Utilizarea gândirii excesive şi abstracte pentru a evita sentimente neplăcute.**
Izolarea afectului	**Separarea unei idei de starea afectivă asociată acesteia, pentru a evita un tumult emoţional.**
Raţionalizarea	**Justificarea unor atitudini, credinţe sau comportamente inacceptabile, spre a le face tolerabile pentru propria persoană.**
Sexualizarea	**Atribuirea unei semnificaţii sexuale unui obiect sau comportament, pentru a transforma o experienţă negativă într-una excitantă şi stimulatoare sau pentru a înlătura anxietăţile asociate cu obiectul respectiv.**
Formaţiunea	**Transformarea unei dorinţe sau a unui impuls**

reacţională	**inacceptabil în opusul său.**
Refularea	**Excluderea ideilor sau impulsurilor inacceptabile sau împiedicarea lor de a trece în plan conştient. Refularea este diferită de negare prin faptul că aceasta din urmă este asociată cu date senzoriale externe, pe când refularea este asociată cu stări interne.**
Anularea retroactivă	**Încercarea de a nega implicaţiile sexuale, agresive sau ruşinoase, ale unui comentariu sau comportament anterior, prin elaborare, clarificare sau o acţiune opusă.**
Apărări mature	
Umorul	**Găsirea unor elemente comice şi/sau ironice în situaţii dificile,**

	pentru a reduce afectele neplăcute şi disconfortul personal. Acest mecanism permite, de asemenea, luarea unei distanţe şi un grad de obiectivitate faţă de evenimente, astfel încât persoana poate reflecta asupra celor ce se întâmplă.
Represia	**Decizia conştientă de a nu da curs unui sentiment, unei stări sau unui impuls. Această apărare diferă de refulare şi negare întrucât este mai degrabă conştientă decât inconştientă.**
Asceticismul	**Încercarea de a elimina aspecte plăcute ale vieţii datorită Conflictelor interne produse de acea plăcere. Acest mecanism poate sluji scopurilor**

	transcendentale sau spirituale, precum în celibat.
Altruismul	**Dedicarea persoanei nevoilor altora peste şi dincolo de propriile nevoi. Comportamentul altruist poate fi pus în serviciul problemelor narcisice, dar poate, de asemenea, să fie sursa unor mari realizări şi contribuţii constructive pentru societate.**
Anticiparea	**Întârzierea gratificării imediate prin planificare şi reflectare asupra viitoarelor realizări şi succese.**
Sublimarea	**Transformarea scopurilor condamnabile din punct de vedere social sau inacceptabile din punct de vedere intern într-unele acceptabile social.**

reorientat către lumea exterioară. Hartmann (1939/1958) a insistat asupra faptului că există o „sferă a Eului lipsită de conflict", care se dezvoltă independent de forţele şi conflictele Seului. Într-un „cadru cu aşteptări obişnuite", anumite funcţii autonome ale Eului prezente la naştere pot să înflorească fără să fie împiedicate de conflict. Acestea includ gândirea, învăţarea, percepţia, controlul motor şi limbajul, pentru a numi doar câteva. Punctul de vedere *adaptativ* al lui Hartmann este, în acest caz, o prelungire a conceptului său referitor la existenţa unei arii autonome, liberă de conflict, a Eului. Hartmann considera că prin neutralizarea energiilor sexuale şi agresive, chiar şi anumite apărări ar putea să-şi piardă legătura cu forţele instinctuale ale Seului şi să devină, secundar, autonome sau adaptative.

David Rapaport (1915) şi Edith Jacobson (1964) au continuat gândirea lui Hartmann şi au rafinat contribuţia rodnică a acestuia la psihologia Eului. Este un lucru obişnuit astăzi, pentru clinicieni, să ia în consideraţie funcţiile Eului, forţele Eului, slăbiciunile Eului, ca parte a evaluării psihodinamice de rutină a unui pacient. Bellak et al. (1973) au sistematizat funcţiile Eului cu ajutorul scalelor, folosite atât în cercetare, cât şi în evaluarea clinică. Printre cele mai importante funcţii ale Eului se numără testarea realităţii, controlul impulsului, procesele gândirii, judecata, funcţionarea sintetic-integratoare, capacitatea de control, autonomia primară şi secundară (după Hartmann).

2.2 Teoria relaţiilor de obiect

Psihologia Eului consideră că pulsiunile (i.e., sexualitatea şi agresivitatea) sunt primare, pe când relaţiile de obiect sunt secundare. (Este o bine stabilită, deşi probabil regretabilă, tradiţie în literatura psihanalitică

să se utilizeze termenul de *obiect* pentru a denumi o *persoană.* În ciuda conotaţiei oarecum peiorative a termenului de *obiect,* îl voi folosi aici pentru constanţă şi claritate.) Cu alte cuvinte, problema cea mai presantă pentru copilul mic este descărcarea tensiunii datorate presiunii pulsiunilor. Teoria relaţiilor de obiect, pe de altă parte, susţine că pulsiunea apare în contextul unei relaţii (de ex., perechea mamă-copil) şi deci nu poate fi separată una de cealaltă, Unii teoreticieni ai relaţiilor de obiect (Fairbairn, 1952) ar sugera chiar că pulsiunile sunt angrenate în căutarea obiectului mai degrabă decât în reducerea tensiunii.

Formulată în cei mai simpli termeni, teoria relaţiilor de obiect se referă la transformarea relaţiilor interpersonale în reprezentări internalizate ale relaţiilor. Pe măsură ce copiii se dezvoltă, ei nu internalizează doar un obiect sau o persoană; internalizează, mai degrabă, o întreagă *relaţie* (Fairbairn, 1940/1952, 1944/1952). Se formează, în timpul perioadelor când copilul mic este îngrijit, un prototip de experienţă pozitivă, iubitoare (Freud, 1905/1953). Acest prototip conţine o experienţă pozitivă a Sinelui (copilul îngrijit), o experienţă pozitivă faţă de obiect (mama atenta, grijulie) şi o experienţă afectivă pozitivă (plăcere, saţietate). Când foamea revine, iar mama copilului nu este imediat disponibilă, apare un prototip de experienţă negativă, incluzând o experienţă negativă a Sinelui (copilul frustrat, solicitant), un obiect neatent, frustrant (mama indisponibilă) şi o experienţă afectivă negativă de furie şi, poate, spaimă. În final, aceste două experienţe sunt internalizate ca două seturi opuse de relaţii de obiect, care constau dintr-o reprezentare a Sinelui, o reprezentare a obiectului şi un afect care le leagă pe acestea două (Ogden, 1983).

Internalizarea mamei de către copil, denumită de obicei *introiecţie* (Schäfer, 1968), începe cu senzaţiile

fizice asociate cu prezenţa mamei în timpul îngrijirilor, dar nu capătă sens până când nu se dezvoltă o graniţă între interior şi exterior. În jurul celei de-a şaisprezecea luni de viaţă, imaginile izolate ale mamei se unesc, progresiv, într-o reprezentare psihică durabilă (Sandier şi Rosenblatt, 1962). În aceeaşi perioadă, se formează o reprezentare a Sinelui durabilă, la început ca o reprezentare corporală şi mai târziu ca o compilaţie de senzaţii şi experienţe percepute ca aparţinând copilului.

Obiectul care a fost introiectat nu concordă neapărat cu obiectul din lumea exterioară. De exemplu, o mamă care nu este disponibilă pentru a hrăni copilul la cererea acestuia ar putea fi pur şi simplu ocupată cu un frate mai mare, dar este *trăită* şi *introiectată* de către copil ca ostilă, rejectantă şi indisponibilă. Teoria relaţiilor de obiect recunoaşte că *nu* există o corelaţie directă între obiectul real şi reprezentarea obiectului internalizat.

De asemenea, teoria relaţiilor de obiect concepe conflictul în mod diferit faţă de psihologia Eului. Conflictul inconştient nu este doar lupta dintre un impuls şi o apărare; el este, totodată, o confruntare între perechi opuse de unităţi de relaţii interne de obiect (Kemberg, 1983; Ogden, 1983; Rinsley, 1977). Cu alte cuvinte, în orice moment, constelaţii diferite de reprezentări ale Sinelui, reprezentări de obiect şi afecte se iau la întrecere pentru a ocupa locul central al scenei, în teatrul intra-psihic al relaţiilor interne de obiect.

Internalizarea relaţiilor de obiect implică întotdeauna o împărţire a Eului în suborganizări inconştiente (Ogden, 1983). Acestea se repartizează în două grupuri:

(1) suborganizări ale Eului care ţin de Sine, i.e., aspecte ale Eului în care persoana trăieşte într-o mai mare măsură ideile şi sentimentele ca fiind ale sale şi (2) suborganizări ale Eului care ţin de obiect, prin care semnificaţiile sunt generate într-un mod bazat

pe identificarea unui aspect al Eului cu obiectul. Această identificare cu obiectul este atât de completă, încât simţul original al Sinelui este pierdut aproape în întregime. (Ogden, 1983, p. 227)

Acest model ilustrează clar influenţa noţiunii de Supraeu a lui Freud care este trăită în mod obişnuit, ca şi când ar fi un „corp străin" (i.e., o suborganizare a Eului care ţine de obiect, care monitorizează ce face o suborganizare a Eului care ţine de Sine). Modelul lui Ogden oferă, de asemenea, o cale înapoi de la intra-psihic la interpersonal. În acest cadru, transferul poate fi văzut ca luând una dintre cele două forme – fie rolul de subdiviziune a Eului legată de Sine, fie cel de subdiviziune a Eului legată de obiect; ambele pot fi externalizate asupra terapeutului, un proces care va fi discutat în detaliu în acest capitol.

2.2.1 0 perspectivă istorică

Melanie Klein este considerată fondatoarea mişcării privind relaţiile de obiect. Ea a emigrat din Budapesta, iar apoi din Berlin în Anglia, în 1926, unde teoria sa despre dezvoltarea timpurie a copilului a devenit foarte controversată. Ea a fost influenţată de Freud, dar a adus şi lucruri noi prin concentrarea asupra obiectelor interne. Prin aplicarea psihanalizei la copii, ea a dezvoltat o teorie care s-a bazat cu preponderenţă pe fantasmele intra-psihice inconştiente şi care a comprimat în primul an de viaţă calendarul dezvoltării din teoria clasică. Complexul Oedip, de exemplu, era considerat de Melanie Klein ca suprapunându-se, aproximativ, cu înţărcarea, în cea de-a doua jumătate a primului an de viaţă.

În primele luni de viaţă, conform Melaniei Klein, copilul mic trăieşte o spaimă de anihilare primitivă, legată

de pulsiunea de moarte a lui Freud. Ca o modalitate de apărare împotriva acestei spaime, Eul recurge la clivaj, în care toată „răutatea" sau agresivitatea derivată din pulsiunea de moarte este negată şi proiectată asupra mamei. Copilul trăieşte apoi cu frică faţă de persecuţia mamei – care poate fi concretizată ca o teamă că mama va pătrunde înăuntrul copilului şi va distruge orice lucru bun (derivat din libido), care a fost, de asemenea, clivat şi este protejat înăuntrul copilului. Frica respectivă reprezintă anxietatea primară pe care Klein (1946/1975) a denumit-o *poziţia paranoid-schizoidă.* Acest mod timpuriu de organizare a experienţei şi-a câştigat numele datorită mecanismelor de apărare proeminente, de clivaj al Eului („schizoid") şi proiecţie („paranoid"). Într-adevăr, proiecţia şi introiecţia sunt cruciale pentru înţelegerea poziţiei paranoid-schizoide. Aceste mecanisme sunt utilizate pentru a separa „binele" de „rău" într-o cât mai mare măsură (Segal, 1964). După ce obiectele persecutoare sau rele au fost proiectate în mamă, pentru a le separa de obiectele bune sau idealizate, ele pot fi reintroiectate (i. E., luate înapoi, înăuntru) pentru a căpăta control şi putere asupra lor. Concomitent, obiectele bune pot fi proiectate, pentru a le păstra în siguranţă faţă de ceea ce este „rău", care acum se află înăuntru.

Ciclurile oscilante de proiecţie şi introiecţie continuă până când copilul începe să realizeze că mama „rea" şi mama „bună" nu sunt de fapt diferite, ci reprezintă aceeaşi persoană. Pe măsură ce copiii integrează cele două obiecte parţiale într-un singur obiect întreg, ei devin îngrijoraţi că fantasmele lor sadice, distructive faţă de mamă ar putea să o fi distrus. Noua îngrijorare faţă de mamă ca obiect întreg este denumită de Klein *anxietate depresivă* şi anunţă apariţia *poziţiei depresive.* Această trăire implică teama că subiectul ar putea să-i rănească pe ceilalţi, în contrast cu poziţia paranoid-schizoidă, în care teama este că subiectul

va fi rănit de ceilalţi. Culpabilitatea devine o parte importantă a vieţii afective a copilului, care încearcă să o rezolve prin *reparaţie.* Procesul respectiv poate cuprinde gesturi faţă de mamă care sunt concepute pentru a repara „răul" făcut acesteia în realitate sau în fantasmă. Klein consideră complexul Oedip ca pe un efort de a rezolva anxietăţile depresive şi culpabilitatea prin reparaţie.

Formulările lui Klein au fost criticate pentru că se bazează exclusiv pe fantasmă şi deci reduc la minimum influenţa persoanelor reale din mediu, pentru că supraestimează pulsiunea de moarte – un concept care este puţin luat în considerare de către teoreticienii psihanalişti contemporani – şi pentru că atribuie forme de cunoaştere adulte, sofisticate copiilor mici, în primul an de viaţă. Totuşi descrierea excepţională a poziţiilor paranoid-schizoide şi depresive are o valoare clinică extraordinară, mai ales dacă privim aceste poziţii mai degrabă ca pe două modalităţi, întâlnite de-a lungul vieţii, care generează trăiri şi experienţe şi creează un joc dialectic la nivelul psihicului, decât ca faze de dezvoltare care sunt depăşite cu timpul (Ogden, 1986). Această formulare, ca modalităţi de a trăi şi resimţi, întâlnite de-a lungul vieţii, reduce semnificaţia calendarului dezvoltării preconizat de Klein.

Pentru Klein, pulsiunile constituiau fenomene psihologice cu adevărat complexe legate strâns de relaţii de obiect specifice. Pulsiunile nu erau privite ca având originea în corp, ci erau considerate, mai degrabă, ca folosind corpul ca pe un vehicul pentru exprimarea lor (Greenberg şi Mitchell, 1983). În mod similar, pulsiunile nu erau privite ca pur şi simplu căutând reducerea tensiunii, ci ca fiind orientate către obiecte specifice, din anumite motive. În timpul anilor ’40, această perspectivă, precum şi altele promovate de către Klein au dus la dezbateri aprinse în cadrul Societăţii Psihanalitice Britanice. Anna Freud era principala adversară a lui Klein, iar când o

schismă a împărţit, în final, societatea, un segment, cunoscut ca Grupul B, a ales-o pe Anna Freud drept conducător, pe când Grupul A i-a rămas loial lui Klein. Un al treilea segment, Grupul de Mijloc, a refuzat să se alieze cu vreuna dintre părţi. Grupul de Mijloc influenţat, într-o oarecare măsură, de gândirea lui Klein, a creat teoria relaţiilor de obiect aşa cum o cunoaştem azi (Kohon, 1986). Persoanele asociate acestui al treilea segment nu s-au constituit oficial ca grup până în 1962, când au devenit cunoscute ca „Independenţii". Printre figurile proeminente ale Independenţilor, denumiţi uneori „Şcoala britanică" a entuziasmului de obiect (Sutherland, 1980), se numără D.W. Winnicott, Michael Balint, W.R.D. Faimbairn, Margaret Little şi Harry Guntrip. Acest grup a dominat, din punct de vedere numeric, societatea britanică, după Discuţiile Contradictorii din 1943 şi 1944 (vezi King şi Steiner, 1992), deşi nu a existat o figură centrală care să fi publicat o teorie coerentă (Tuckett, 1996). Deşi existau într-adevăr diferenţe semnificative în lucrările acestor gânditori, opera lor avea teme comune. Toţi erau interesaţi de dezvoltarea timpurie dinainte de complexul Oedip şi toţi erau centraţi mai degrabă pe evoluţia relaţiilor interne de obiect decât pe teoria pulsiunilor. Mai mult decât atât, asemeni lui Klein şi spre deosebire de Grupul B, aveau tendinţa de a trata pacienţi mai grav bolnavi prin metode psihanalitice, obţinând astfel, poate, o imagine mai intimă asupra stărilor psihice primitive.

Independenţii au contribuit la contrabalansarea supraestimării de către Klein a fantasmelor, subliniind influenţa mediului asupra copilului în stadiile timpurii. Winnicott (1965), de exemplu, a formulat termenul de *mamă suficient de bună* pentru a caracteriza condiţiile minime pe care un mediu trebuie să le îndeplinească pentru ca un copil să poată avea o dezvoltare normală. Balint (1979) a descris sentimentul, existent la mulţi

pacienţi, că ceva lipseşte, sentiment pe care l-a denumit *lipsa fundamentală.* El a considerat această lipsă ca fiind determinată de incapacitatea mamei de a răspunde la nevoile de bază ale copilului. Fairbairn (1963), probabil cel care s-a îndepărtat cel mai mult de teoria pulsiunilor, considera că etiologia dificultăţilor pacientului schizoid nu era legată de frustrarea pulsiunilor, ci de incapacitatea mamei de a-i oferi experienţe care să-l asigure că este iubit pentru el însuşi. El considera că instinctele sau pulsiunile nu sunt orientate către căutarea plăcerii, ci a obiectului. Mai mult, Fairbairn a contribuit la introducerea ideii de traumă timpurie ca factor patogen major, care are tendinţa sa „îngheţe" pacientul într-un moment critic al dezvoltării, înainte de vârsta de 3 ani (Fonagy şi Target, 2003).

Aceşti gânditori au fost cu toţii impresionaţi de faptul că o teorie a *deficitului,* ca şi o teorie a *conflictului,* a fost necesară pentru o înţelegere psihanalitică globală a fiinţei umane. Analiştii au o altă sarcină pe lângă analiza conflictului. Ei servesc şi drept obiect nou de internalizat de către pacienţii lor, astfel încât să susţină structuri intrapsihice deficiente. Acesta este un punct critic pentru o teorie clinică a relaţiilor de obiect – relaţiile interne de obiect ale pacientului nu sunt săpate în granit; ele sunt deschise modificărilor prin intermediul unor experienţe noi.

Un alt concept-cheie care îşi are originea în Şcoala britanică este acela că un copil are o tendinţă înnăscută să se îndrepte către realizare (Summers 1999). Winnicott, în special, considera că există un *Sine adevărat* a cărui creştere poate fi facilitată sau împiedicată de către răspunsurile din partea mamei şi din partea altor figuri din mediu. Bollas (1989) a extins această perspectivă, argumentând că ceea ce motivează în primul rând copilul este nevoia acestuia de a deveni el însuşi, care este facilitată de capacitatea mamei de a lăsa copilul să-şi

exprime adevăratul Sine în interacţiune cu ea. Mama care nu poate oferi această capacitate de facilitare poate contribui la dezvoltarea, de către copil, a unui *Sine fals,* construit pentru a corespunde nevoilor şi dorinţelor mamei.

2.2.2 Sine şi Eu

În timp ce psihologii Eului tind să minimalizeze semnificaţia Sinelui, în demersul lor orientat către o deplină înţelegere a Eului, teoreticienii relaţiilor de obiect, datorită centrării lor asupra Sinelui, aşa cum se relaţionează cu obiectele, au încercat să clarifice, într-o şi mai mare măsură, locul Sinelui în aparatul psihic. Una dintre controversele centrale dezbate dacă Sinele este o reprezentare intra-psihică a individului sau o sursă de acţiune şi o instanţă cu drepturi depline (Kemberg, 1982; Meissner, 1986).

Numeroşi autori (Guntrip, 1968, 1971; Meissner, 1986; Schäfer, 1976; Sutherland, 1983) şi-au exprimat îngrijorarea că teoria structurală şi modelul Sinelui ca reprezentare intra-psihică nu oferă o bază suficientă pentru un concept al Sinelui care să includă experienţa subiectivă sau instanţa personală. Teoria structurală, prin modul în care este concepută, este orientată către funcţii specifice care sunt de natură impersonală. Sutherland (1983), de exemplu, susţine că o trăsătură de bază a Sinelui este rolul său activ, de iniţiere vizavi de mediu – făcând eforturi mari în direcţia relaţionării şi unităţii.

Există loc atât pentru Sinele ca reprezentare, cât şi pentru Sinele ca instanţă. De fapt, Şinele poate fi privit ca făcând parte din Eu şi poate fi definit ca produsul final al integrării numeroaselor reprezentări ale Sinelui (Kemberg, 1982). Acest produs Enal integrat nu trebuie totuşi considerat ca o entitate continuă, fără variaţii (Bollas,

1987; Mitchell, 1991; Ogden, 1989; Schäfer, 1989). Deşi dorim deseori să menţinem o iluzie a unui Sine continuu, în realitate toţi suntem compuşi din variante ale Sinelui, multiple şi discontinue, care sunt în permanenţă modelate şi definite de relaţiile reale sau fantasmatice cu ceilalţi. Schäfer (1989) a înţeles acest fenomen ca un set de variante ale Sinelui narative sau povestiri, pe care le dezvoltăm pentru a obţine o istorie coerentă din punct de vedere emoţional a vieţii noastre. Mitchell (1991) a observat că un paradox al travaliului psihanalitic este faptul că pe măsură ce pacienţii învaţă să tolereze aceste multiple faţete ale lor, ei încep să se perceapă pe ei înşişi ca mai durabili şi mai coerenţi.

2.2.3 Mecanisme de apărare

Datorită asocierii istorice dintre teoria relaţiilor de obiect şi pacienţii cu tulburări severe, se pune un accent considerabil pe apărările primitive, caracteristice tulburărilor de personalitate şi psihozelor: clivajul, identificarea proiectivă, introiecţia şi negarea.

Clivajul

Clivajul este un proces inconştient care separă în mod activ unele de alte sentimente contradictorii, reprezentări ale Sinelui sau reprezentări de obiect. Deşi Freud (1927/1961, 1940/1964) a făcut remarci dispersate referitoare la clivaj, Klein (1946/1975) este cea care a oferit clivajului un rol esenţial în supravieţuirea emoţională în primele luni de viaţă. Clivajul îi permite copilului mic să separe binele de rău, plăcerea de neplăcere şi dragostea de ură, astfel încât să păstreze trăirile, afectele, reprezentările Sinelui şi reprezentările de obiect cu coloratură pozitivă în compartimente psihice bine izolate, la adăpost de contaminarea de către cele negative. Clivajul poate fi privit ca o modalitate biologică

de bază de a organiza experienţele, prin care ceea ce este ameninţător este separat de cel ameninţat; este secundar elaborat într-o apărare psihologică (Ogden, 1986). Clivajul este, de asemenea, o cauză fundamentală a slăbiciunii Eului (Kemberg, 1967, 1975). Integrarea derivatelor de pulsiuni libidinale şi agresive asociate cu introiecţiile „bune" şi „rele" serveşte la neutralizarea agresivităţii. Clivajul previne această neutralizare şi astfel îl lipseşte pe Eu de o sursă esenţială de energie, în vederea dezvoltării.

În viziunea lui Kemberg, clivajul este caracterizat de anumite manifestări clinice: 1) expresii alternative ale unor comportamente şi atitudini contradictorii, pe care pacientul le priveşte cu lipsă de îngrijorare şi negare blândă; 2) împărţirea tuturor celor din mediu în tabere de „total bun" şi „total rău", care este definită deseori ca *idealizare* sau *devalorizare* şi 3) coexistenţa unor reprezentări ale Sinelui contradictorii, care alternează între ele. Deşi Kemberg a considerat clivajul ca principala operaţiune de apărare la pacienţii cu tulburare de personalitate de tip borderline, clivajul poate fi observat la toţi pacienţii în anumite momente (Rangell, 1982) şi el nu diferenţiază în mod clar pacienţii borderline de cei cu alte tulburări de personalitate (Allen et al., 1988). Kemberg face distincţia între caracterul nevrotic şi borderline, în parte şi prin preferinţa acestuia din urmă pentru clivaj, faţă de refulare, dar cercetarea empirică arată că aceste două apărări operează independent şi pot coexista la acelaşi individ (Perry şi Cooper, 1986).

Identificarea proiectivă

Un al doilea mecanism de apărare, identificarea proiectivă, este un proces inconştient în trei etape, prin care aspecte ale propriei persoane sunt nerecunoscute şi atribuite unei alte persoane (vezi figurile 2 – 2, 2 – 3 şi 2 – 4). Cele trei etape (Ogden, *1979)* simt după cum urmează:

1. Pacientul proiectează o reprezentare a Sinelui sau

o reprezentare de obiect asupra terapeutului.

2. Terapeutul se identifică în mod inconştient cu ceea ce este proiectat şi începe să se simtă sau să se comporte ca reprezentarea de Sine sau de obiect proiectată, ca răspuns la presiunea interpersonal exercitată de pacient (acest aspect al fenomenului este uneori denumit *contrnidentificare proiectivă* Grinberg, 1979).

3. Materialul proiectat este „prelucrat psihologic" şi modificat de către terapeut, care i-l retrimite pacientului prin reintroiecţie. Modificarea materialului proiectat, în schimb, influenţează reprezentarea de Sine sau de obiect corespunzătoare şi modelul de relaţionare interpersonal.

Aceste trei etape sunt prezentate într-o manieră lineară artificială, pentru claritate. Totuşi Ogden (1992) a subliniat că aceste aspecte nu sunt cu adevărat lineare, ci ar trebui mai degrabă conceptualizate ca realizând o dialectică, în cadrul căreia pacientul şi analistul intră într-o relaţie în care sunt simultan separaţi, dar şi „în ton" unul cu celălalt. Se creează o subiectivitate unică prin dialectica penetrării reciproce a subiectivităţilor. Cu toate acestea, transferul şi contratransferul pot fi

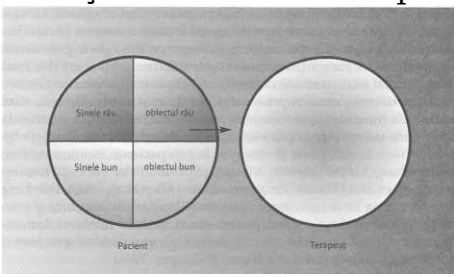

Figura 2 – 2. Identificarea proiectivă – pasul 1. Pacientul neagă şi proiectează obiectul intern rău asupra terapeutului.

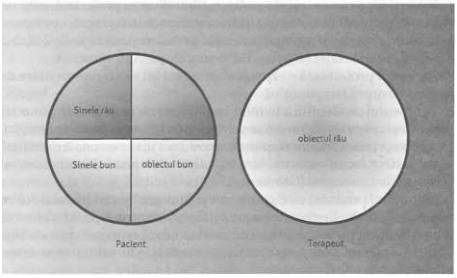

Figura 2 – 3. Identificarea proiectivă – pasul 2. În mod inconştient terapeutul începe să se simtă şi/sau să se comporte ca obiectul rău proiectat, ca răspuns la presiunea interpersonală exercitată de către pacient (contraidentificarea proiectivă).

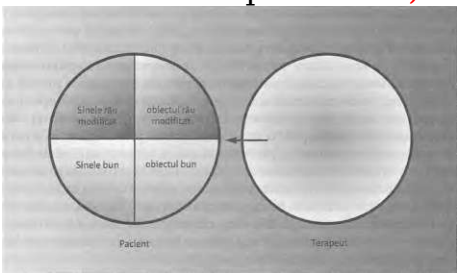

Figura 2 – 4 Identificarea proiectivă – pasul 3. Terapeutul reţine şi modifică obiectul rău proiectat, care este apoi reintroiectat pacientului şi asimilat (identificare introiectivă).

corelate cu etapa 1 şi respectiv etapa 2. Din acest punct de vedere, identificarea proiectivă are o dimensiune interpersonală, în plus faţă de rolul său de mecanism de apărare intra-psihic. Clivajul şi identificarea proiectivă sunt mecanisme strâns corelate, care acţionează împreună pentru a ţine „binele” şi „răul” separate (Grotstein, 1981). Elementul interpersonal inerent din definiţia lui Ogden referitoare la identificarea proiectivă derivă din concepţia lui Bion (1962), care vede terapeutul ca pe un container al proiecţiilor pacientului, asemănător cu mama care conţine

proiecţiile copilului ei.

Analiştii contemporani kleinieni din Londra privesc identificarea proiectivă oarecum diferit. Ei sunt mai înclinaţi să considere apărarea ca implicând nu proiecţia unei părţi a pacientului, ci mai degrabă o fantasmă a unei relaţii de obiect (Feldman, 1997). Din acest punct de vedere, transformarea ţintei proiecţiei nu este neapărat necesară. Totuşi se dezvoltă un consens tot mai mare din partea kleinienilor care consideră că analistul sau terapeutul este întotdeauna influenţat într-o oarecare măsură de ceea ce proiectează pacientul şi că o oarecare disponibilitate de a răspunde întrucâtva la „înghiontirile" pacientului pentru a acţiona în acord cu proiecţiile acestuia poate ajuta analistul să devină conştient de ceea ce este proiectat (Joseph, 1989; Spillius, 1992).

Aşa cum este consemnat în Capitolul 1, contratransferul este o creaţie comună, care include atât contribuţia pacientului, cât şi a clinicianului (Gabbard, 1995). Pacientul evocă anumite răspunsuri în terapeut, dar propriile conflicte ale terapeutului şi reprezentările interne de Sine şi de obiect ale acestuia simt cele care determină forma finală a răspunsului contratransferenţial. Cu alte cuvinte, procesul necesită un „cârlig" în recipientul proiecţiei, de care să se agaţe. Anumite proiecţii se potrivesc mai bine cu recipientul decât altele (Gabbard, 1995). A limita conceptul de identificare proiectivă la un mecanism de apărare este inadecvat. Datorită componentei interpersonale, ea poate fi privită şi ca: 1) un mijloc de comunicare, în care pacienţii îl obligă pe terapeut să trăiască un set de sentimente similar cu al lor; 2) o modalitate de relaţionare cu obiectul şi 3) o cale de schimbări psihologice, în sensul că reintroiecţia conţinutului proiectat, după ce a fost modificat de către terapeut, duce la o modificare în pacient. Deşi acest model al identificării proiective pune accentul pe ceea ce se

petrece într-un cadru clinic, identificarea proiectivă se petrece în mod regulat şi în situaţii care nu simt terapeutice. În situaţiile din afara clinicii, proiecţiile pot fi returnate în forme complet distorsionate sau „băgate pe gâtul pacientului”, în loc de a fi modificate sau conţinute.

Introiecpa

Al treilea mecanism de apărare, introiecţia, este un proces inconştient prin care un obiect extern este încorporat simbolic şi asimilat, ca parte din persoana respectivă. Acest mecanism poate exista ca parte a identificării proiective, unde ceea ce este încorporat era iniţial proiectat sau poate exista independent, ca inversul proiecţiei. În mod clasic, depresia a fost formulată de Freud (1917/1963) ca rezultatul introiecţiei unui obiect văzut în mod ambivalent. Furia concentrată asupra obiectului introiectat din pacientul deprimat duce la scăderea autostimei şi la alte simptome ale depresiei. În idiomul contemporan referitor la relaţiile de obiect, introiecţia este diferenţiată de identificare, fiind considerată ca una dintre cele două modalităţi principale de internalizare. De exemplu, dacă un părinte este *introiectat,* atunci el este internalizat ca parte a subdiviziunii referitoare la obiect a Eului şi este trăit ca o prezenţă internă care nu alterează substanţial reprezentarea Sinelui. Pe de altă parte, în cazul *identificării*, părintele este internalizat ca parte a subdiviziunii referitoare la Sine a Eului şi modifică material reprezentarea Sinelui (Sandler, 1990).

Negarea

Al patrulea mecanism de apărare, negarea, este o respingere directă a unor date traumatice senzoriale. În timp ce refularea este utilizată în general ca o apărare împotriva dorinţelor sau impulsurilor *interne,* negarea este utilizată de obicei ca apărare împotriva realităţii externe atunci când realitatea este copleşitor de tulburătoare. Deşi

asociat în primul rând cu psihozele şi tulburările severe de personalitate, acest mecanism poate fi folosit şi de către persoane sănătoase, în special în situaţii catastrofice.

Şcoala britanică a relaţiilor de obiect a influenţat mult teoria americană a relaţiilor. Această teorie „a celor două persoane" şi verii săi apropiaţi – intersubiectivismul, constructivismul şi teoria interpersonal – au în comun concepţia conform căreia percepţiile terapeutului referitoare la pacient sunt în mod inevitabil nuanţate de subiectivitatea terapeutului (Aron, 1996; Gill, 1994; Greenberg, 1991; Hoffman, 1992, 1998; Levine, 1994; Mitchell, 1993; Natterson, 1991; Renik, 1993, 1998; Stolorow et al., 1987). O trăsătură esenţială a acestei concepţii este că există două persoane în încăpere care se influenţează reciproc, în orice moment. Astfel, terapeutul nu-şi poate depăşi propria subiectivitate atunci când formulează problemele pacientului. Mai mult, comportamentul real al terapeutului va avea un impact substanţial asupra transferului pacientului. Unii autori consideră că această perspectivă intersubiectivă depăşeşte cadrele diferitelor şcoli şi este relevantă pentru orice situaţie psihoterapeutica Aron, 1996; Dunn, 1995; Gabbard, 1997; Levine, 1996).

2, 3, Psihologia Sinelui 2.3.1 Kohut

Pe când teoria relaţiilor de obiect pune accentul pe relaţiile *internalizate* dintre *reprezentările* de Sine şi de obiect, psihologia Sinelui subliniază modul în care relaţiile externe ajută la menţinerea autostimei şi autocoeziunii. Avându-şi originea în scrierile lui Heinz Kohut (1971, 1977, 1984), această abordare teoretică priveşte pacientul ca aflându-se într-o nevoie disperată de a primi anumite răspunsuri de la celelalte persoane, pentru a-şi menţine o stare de bine.

Psihologia Sinelui s-a dezvoltat din studiul lui Kohut asupra pacienţilor din ambulator, cu tulburări narcisice, pe care el îi avea în psihanaliză. El a remarcat că aceştia păreau diferiţi de pacienţii nevrotici clasici, care veneau pentru a trata simptome isterice sau obsesiv-compulsive. În schimb, ei se plângeau de sentimente greu de descris, de depresie şi insatisfacţie referitor la relaţii (Kohut, 1971). Ei se caracterizau, de asemenea, printr-o autostimă vulnerabilă, foarte sensibilă la ofense din partea prietenilor, familiei, iubiţilor, colegilor şi a altora. Kohut a observat că modelul structural al psihologiei Eului nu părea să fie adecvat pentru explicarea patogeniei şi ameliorarea problemelor acestor pacienţi.

Kohut a remarcat că aceşti pacienţi formau două tipuri de transfer: transferul în oglindă şi transferul idealizant. În cazul transferului în oglindă, pacientul aşteaptă de la analist un răspuns de confirmare, de validare, pe care Kohut îl leagă de „strălucirea din ochii mamei" ca răspuns la demonstraţii, corespunzătoare fazei de dezvoltare, din partea copilului mic – ceea ce Kohut a denumit *Sinele grandios-exhibiţionist.* Aceste răspunsuri aprobatoare sunt esenţiale, conform lui Kohut, pentru dezvoltarea normală, prin faptul că-i conferă copilului un sentiment de valoare proprie. Când o mamă nu reuşeşte să empatizeze cu nevoia copilului pentru un astfel de răspuns în oglindă, copilul are mari dificultăţi în menţinerea unui sentiment de întregime şi de autoconsideraţie. Ca răspuns la această lipsă de empatie, sentimentul de Sine al copilului se fragmentează, iar copilul se străduie, cu disperare, să fie perfect şi să aibă „performanţe" pentru părinte, astfel încât să câştige aprobarea mult râvnită. Această modalitate de „a demonstra" este o altă formă de manifestare a Sinelui grandios-exhibiţionist Baker şi Baker, 1987). Aceleaşi fenomene constituie transferul în oglindă la adulţii care vin pentru tratament. Pacientul adult care

realizează „performanţe” pentru terapeutul său, într-o încercare disperată de a câştiga aprobarea şi admiraţia, poate dezvolta un transfer în oglindă.

Transferul idealizant, aşa cum o spune şi denumirea sa, se referă la o situaţie în care pacientul percepe terapeutul ca pe un părinte atotputernic, a cărui prezenţă alină şi vindecă. Dorinţa de a se încălzi la lumina reflectată a gloriei terapeutului idealizat este o manifestare a acestui transfer. Aşa cum copilul poate fi traumatizat de lipsa de empatie a unei mame, care nu oferă răspunsuri în oglindă Sinelui grandios-exhibiţionist al copilului său, tot aşa poate fi traumatizat acelaşi copil de o mamă care nu empatizează cu nevoia copilului de a o idealiza sau care nu îi oferă un model demn de a fi idealizat.

În oricare dintre cazuri, pacientul adult care a avut astfel de probleme timpurii şi care prezintă înclinaţii către aceste tipuri de transfer se luptă cu un Sine deficient – unul care este îngheţat, din punctul de vedere al dezvoltării, într-un punct în care este foarte înclinat către fragmentare. Kohut considera că modelul structural al conflictului asociat cu psihologia Eului nu este suficient pentru explicarea acestor nevoi narcisice de oglindire şi idealizare. Mai mult, el a observat o notă moralizatoare, peiorativă în atitudinea analiştilor care abordează narcisismul dintr-o perspectivă clasică. El credea că urmarea modelului lui Freud (1914/1963) a fost foarte dăunătoare; acesta propunea o tranziţie de la o stare de narcisism primar la iubirea de obiect, ca parte a procesului normal de maturizare. Rezultatul gândirii lui Freud a fost că subiectul respectiv ar trebui să depăşească eforturile narcisice şi să fie mai preocupat de nevoile altora.

Kohut considera că acest punct de vedere era ipocrit. El a susţinut că nevoile narcisice persistă de-a lungul vieţii, însoţind şi dezvoltarea din perspectiva iubirii de obiect. El a postulat o teorie a *axei duble* (vezi figura 2 – 5), care

permitea o continuă dezvoltare din *ambele* perspective: narcisică şi a iubirii de obiect (Ornstein, 1974). Pe măsură ce copiii cresc, ei încearcă să obţină perfecţiunea pierdută a legăturii timpurii mamă-copil, prin una dintre cele două strategii – Şinele grandios, unde perfecţiunea este captată înăuntru, şi imaginea parentală idealizată, unde perfecţiunea este atribuită părintelui. Cei doi poli constituie *Sinele bipolar*. În ultima sa carte (publicată postum), Kohut (1984) extinde această teorie la un Sine cu *trei poli,* adăugând un al treilea pol al nevoilor obiectului Sinelui, *geamănul* sau *alter ego.* Acest aspect al Sinelui apare în transfer ca o nevoie de a fi exact ca terapeutul. Îşi are originile dezvoltării într-o dorinţă de fuziune, care este transformată treptat într-un comportament de imitare. De exemplu, băiatul se poate juca de-a tunsul gazonului, în timp ce tatăl său taie iarba. Acest al treilea pol al Sinelui are o utilitate clinică limitată, în comparaţie cu celelalte două, şi este frecvent exclus din discuţiile referitoare la transferul obiectului Sinelui. Dacă lipsa de empatie ar fi tipică răspunsului parental la aceste strategii, ar apărea o stagnare în dezvoltare. Printr-o îngrijire parentală adecvată, pe de altă parte, Şinele grandios este transformat în ambiţii sănătoase, iar imaginea parentală idealizată devine internalizată, sub formă de idealuri şi valori (Kohut, 1971). Astfel, terapeuţii ar putea empatiza cu nevoile narcisice ale pacienţilor lor, considerându-le ca normale din punctul de vedere al dezvoltării, în loc să-i privească pe aceştia, într-o manieră dispreţuitoare, ca fiind egocentrici şi imaturi. În timp ce teoria clasică a psihologiei Eului consideră că pacientul are dorinţe infantile la care trebuie să renunţe, Kohut consideră că aceştia au *nevoi* care trebuie înţelese şi cărora trebuie să li se răspundă, parţial, în timpul tratamentului (Eagle, 1990). Prima carte a lui Kohut a propus această formulare teoretică în primul rând pentru patologia de caracter de

tip narcisic. Până la apariţia ultimei sale cărţi, el extinsese mult domeniul psihologiei Sinelui:

Psihologia Sinelui încearcă acum să demonstreze... că toate formele de psihopatologie se bazează pe defecte în structura Sinelui, pe distorsiuni ale Sinelui sau pe slăbiciunea Sinelui. Mai mult, încearcă să arate că toate aceste defecte ale Sinelui simt datorate unor tulburări, existente în copilărie, ale relaţiilor dintre Sine şi obiectul Sinelui. (Kohut, 1984, p. 53)

Termenul de *obiect al Sinelui* a devenit un termen generic, care descrie rolul pe care alte persoane îl îndeplinesc pentru Sine în privinţa nevoilor

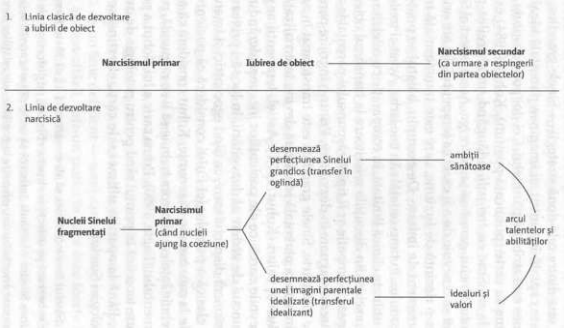
1. Linia clasică de dezvoltare a iubirii de obiect
Narcisismul primar
Iubirea de obiect
Narcisismul secundar (ca urmare a respingerii din partea obiectelor)
2. Linia de dezvoltare narcisică
Nucleii Sinelui fragmentaţi
Narcisismul primar (când nucleii ajung la coeziune)
desemnează perfecţiunea Sinelui grandios (transfer în oglindă)
ambiţii sănătoase
desemnează perfecţiunea unei imagini parentale idealizate (transferul idealizant)
idealuri şi valori
arcul talentelor şi abilităţilor

Figura 2 – 5. Teoria axei duble a lui Kohut. De oglindire şi idealizare. Din punctul de vedere al creşterii şi dezvoltării Sinelui, ceilalţi nu sunt priviţi ca persoane separate, ci ca obiecte care gratifică aceste nevoi ale Sinelui. Astfel, într-o oarecare măsură, obiectele Sinelui pot fi considerate mai degrabă ca funcţii (de ex., alinare, validare) decât ca persoane. Nevoia de obiecte ale Sinelui nu este niciodată depăşită, conform lui Kohut, ci persistă de-a lungul vieţii – avem nevoie de obiecte ale Sinelui în mediul nostru pentru supravieţuirea emoţională, aşa cum

avem nevoie de oxigen în atmosferă pentru supravieţuirea fizică (Kohut, 1984).

Una dintre implicaţiile formei finale a teoriei lui Kohut este că separarea psihologică este un mit. Psihologia Sinelui consideră separarea Sinelui de obiectul Sinelui ca fiind imposibilă. Toţi avem nevoie de răspunsuri pozitive, empatice din partea celorlalţi, de-a lungul vieţii, pentru a ne menţine autostima. Creşterea şi dezvoltarea duc la trecerea de la o nevoie de obiecte ale Sinelui arhaice către capacitatea de a utiliza obiecte ale Sinelui mai mature şi mai adecvate. În situaţiile clinice, scopul tratamentului este întărirea Sinelui slăbit, astfel încât să poată tolera experienţe legate de obiecte ale Sinelui, care nu simt optime, fără să sufere o pierdere semnificativă a coeziunii de Sine (Wolf, 1988).

Kohut s-a opus întotdeauna unei definiţii simple a Sinelui, pe care îl considera a fi o structură atât de cuprinzătoare, încât sfidează definiţiile rigide. Totuşi în momentul morţii sale, în 1981, concepţia sa despre Sine s-a îndreptat, în mod clar, de la cea a unei reprezentări a Sinelui către cea a unui „Sine suprainvestit drept constelaţia psihică primară, centrul trăirilor şi iniţiativei şi principala instanţă a motivaţiei” (Curtis, 1985, p. 343). Printre alte implicaţii se numără o reducere pervazivă a accentului pus pe Eu şi pe destinul pulsiunilor şi apărărilor, o mai mare concentrare asupra trăirilor subiective conştiente şi considerarea agresivităţii mai degrabă ca secundară eşecurilor obiectelor Sinelui (de ex., furie narcisică), decât ca un impuls primar sau înnăscut. În acest cadru, apărările şi rezistenţele sau „rezistenţe-apărări”, cum le numea Kohut (1984), sunt privite cu totul diferit: „Eu personal prefer să vorbesc despre «tendinţa la apărare» a pacienţilor – şi să consider atitudinile lor defensive ca adaptative şi valoroase din punct de vedere psihologic – şi nu despre «rezistenţele» lor” (p. 114). În

mod evident, ele sunt valoroase şi adaptative întrucât păstrează integritatea Sinelui.

În contrast cu partizanii psihologiei Eului, Kohut considera complexul Oedip ca având o importanţă secundară. Conflictele oedipiene, care implică sexualitate şi agresivitate, sunt simple „produse rezultate" din eşecurile dezvoltării timpurii în matricea Sine-obiect al Sinelui. Dacă o mamă răspunde adecvat nevoilor obiectului Sinelui ale copilului său, complexul Oedip poate fi depăşit cu bine, fără ca acel copil să devină simptomatic. Anxietatea fundamentală, conform psihologiei Sinelui, este o „anxietate de dezintegrare", care implică teama că Sinele persoanei respective se va fragmenta, ca rezultat al unor răspunsuri inadecvate pentru obiectul Sinelui, toate acestea ducând la trăirea unei stări nonumane de moarte psihologică (Baker şi Baker, 1987). Din punctul de vedere al psihologiei Sinelui, cele mai multe forme de comportament simptomatic (de ex., abuz de droguri, promiscuitate sexuală, perversiuni, automutilare, criza de bulimie şi eliminarea) *nu* iau naştere din conflictul nevrotic legat de angoasa de castrare. Ele reflectă, mai degrabă, „o încercare de urgenţa de a menţine şi/sau de a restaura coeziunea internă şi armonia unui Sine vulnerabil, nesănătos" (Baker şi Baker, 1987, p. 5). Aceste fragmentări ale Sinelui au loc de-a lungul unui continuum care se întinde de la îngrijorarea sau anxietatea uşoară la panica severă, cu sentimentul că persoana se desface complet în bucăţi (Wolf, 1988).

Accentul pus de psihologia Eului asupra eşecurilor figurilor parentale şi a deficienţelor Sinelui, care rezultă din acestea, are o rezonanţă cu teoriile britanice ale relaţiilor de obiect. În lucrările despre psihologia Eului, pot fi auzite ecouri ale noţiunii de mamă suficient de bună propuse de Winnicott şi ale lipsei fundamentale propuse de Balint. Deşi Kohut nu recunoaşte contribuţia acestor

teoreticieni, influenţa lor este incontestabilă. Totuşi teoreticienii relaţiilor de obicei nu au dezvoltat noţiunea de Sine în aceeaşi măsură în care a făcut-o Kohut, probabil datorită aderării lor la un model de dezvoltare care păstrează potenţialul moralizator evitat de Kohut (Bacal 1987). Kohut a avut, de asemenea, o contribuţie semnificativă la recunoaşterea semnificaţiei autostimei în patogenia tulburărilor psihiatrice.

2.3.2 Contribuţiile de după Kohut

După moartea lui Kohut, o nouă generaţie de partizani ai psihologiei Sinelui au elaborat şi extins aspecte ale teoriei sale. Wolf (1988) a identificat alte două transferuri ale obiectului Sinelui. *Transferul de obiect al Sinelui de tip opoziţional* este un transfer în care pacientul simte analistul ca un individ care se opune, în mod blând, dar care totuşi oferă susţinere într-o oarecare măsură. Analistul este, de asemenea, perceput ca oferind un anume grad de autonomie pentru Sinele pacientului, acceptând nevoia pacientului de a fi în opoziţie. Al doilea transfer al obiectului de sine observat de Wolf este legat de transferul în oglindă, dar datorită relaţiei sale cu o motivaţie intrinsecă de a obţine controlul, este suficient de diferit pentru a primi o denumire aparte. Cunoscut drept *transferul eficient al obiectului Sinelui,* el implică percepţia pacientului că analistul îi permite acestuia să producă, în mod eficient, un comportament necesar al obiectului Sinelui în analist.

Alţi analişti influenţaţi de psihologia Sinelui consideră că informaţia din afara modului empatic-introspectiv de percepţie trebuie integrată în baza de cunoştinţe a analistului. Lichtenberg (1998; Lichtenberg şi Hadley, 1989) priveşte cunoaşterea unor „scene model”, prototipuri ale experienţelor din copilărie, ca fiind foarte

relevantă pentru reconstruirea şi înţelegerea experienţei timpurii a pacientului. El a susţinut că trebuie luate în considerare cinci sisteme motivaţionale diferite, pentru a înţelege pe deplin forţele care acţionează în pacient. Fiecare dintre aceste sisteme se bazează pe nevoi înnăscute şi modele asociate de răspuns. Un sistem se dezvoltă ca răspuns la nevoia de ataşament şi afiliere. Al doilea sistem include răspunsuri la nevoia de reglare psihică şi cerinţe fiziologice. Al treilea sistem evoluează ca răspuns la nevoia de afirmare şi explorare. Al patrulea sistem răspunde la nevoia de a reacţiona la situaţiile potrivnice prin retragere şi/sau antagonism. Al cincilea sistem cuprinde răspunsuri la nevoia de plăceri senzuale şi, în final, de excitaţie sexuală. Aceste sisteme se află într-o tensiune dialectică unul cu celălalt şi suferă o rearanjare ierarhică permanentă. Fiecare dintre cele cinci sisteme se poate dezvolta doar în prezenţa unui răspuns de reciprocitate din partea celor care îngrijesc persoana respectivă. Lichtenberg avea rezerve referitor la teoria lui Kohut, din cauza tendinţei acesteia de a plasa plăcerea sexuală şi nonsexuală într-o poziţie relativ periferică.

Bacal şi Newman (1990) au încercat să reunească psihologia Sinelui cu teoria relaţiilor de obiect. Ei au susţinut că psihologia Sinelui poate fi înţeleasă ca o variantă a teoriei relaţiilor de obiect şi că Kohut nu a recunoscut influenţa ideilor Şcolii britanice referitoare la relaţiile de obiect asupra propriilor lui concepte. Bacal şi Newman arată că adevărata unitate de bază a psihologiei Sinelui constă din Sinele conectat la obiectul său, mai degrabă decât izolat de acesta.

Alţi revizionişti au pus sub semnul întrebării modalitatea de intervenţie terapeutică propusă de Kohut, care implică o frustrare optimă a nevoilor pacientului, în contextul unei înţelegeri empatice. Deşi Kohut a subliniat în numeroase rânduri că tehnica sa constă esenţialmente

în interpretare, anumiţi observatori (de ex., Siegel, 1996) au arătat că abordarea lui era foarte diferită de tipul de frustrare propus de Freud. În ultima sa carte, Kohut acceptă rolul experienţei emoţionale corective. Totuşi Bacal (1985) a criticat noţiunea lui Kohut de frustrare optimă, arătând că „răspunsul optim" este la fel de important pentru procesul analitic. Lindon (1994) avea reţineri similare şi a propus termenul de *precauţie optimă*, referitor la problema unei prea mari abstinenţe din partea analistului. Totuşi el nu considera acest tip de precauţie ca fiind curativ. Concepţia lui Lindon referitor la precauţie implica, mai degrabă, crearea unei atmosfere care să faciliteze explorarea inconştientului pacientului şi nu neapărat să repare defectele legate de dezvoltare. El a stipulat că precauţia trebuie să se afle în serviciul progresului muncii analitice, în mai mare măsură decât să fie un obstacol pentru procesul analitic.

2.4 Consideraţii referitoare la dezvoltare

Într-o oarecare măsură, toate teoriile psihanalitice se bazează pe o gândire legată de dezvoltare. Aşa cum teoria psihanalitică a evoluat de la punerea accentului pe pulsiuni, apărări şi conflict intra-psihic între instanţe, către preocupări referitoare la Sine, obiect şi relaţii, la fel s-a deplasat şi cercetarea asupra dezvoltării în direcţia respectivă. Teoriile timpurii ale dezvoltării, asociate cu psihologia Eului, erau centrate pe ariile libidinale şi erau, în mare parte, reconstrucţii ale dezvoltării timpurii, bazate pe travaliul psihanalitic cu pacienţi adulţi. Erikson (1959), urmând calea propusă de Hartmann, a făcut un efort de a integra conflictul dintre instanţe în cadrul mai larg al psihologiei Eului. El s-a concentrat asupra problemelor psihosociale din mediu, care i-au permis să creeze o schemă de dezvoltare epigenetică, schemă caracterizată

printr-o criză psihosocială în fiecare fază. De exemplu, în timpul fazei orale a dezvoltării, în copilul mic se duce lupta dintre încrederea de bază şi neîncrederea de bază. Criza fazei anale implică autonomie versus ruşine şi îndoială. În timpul fazei falice-oedipiene, în copil se duce lupta dintre iniţiativă şi vinovăţie.

Faza oedipiană a dezvoltării începe în jurul vârstei de 3 ani şi este asociată cu o concentrare mai mare asupra organelor genitale ca sursă de plăcere. În paralel cu acest interes, există o dorinţă intensificată de a fi, în mod exclusiv, obiectul iubirii părintelui de sex opus. Totuşi, în acelaşi timp, perechea sau cadrul de referinţă mamă-copil se transformă într-o relaţie în trei, copilul devenind conştient că există un rival în privinţa afecţiunii părintelui de sex opus.

În cazul copiilor de sex masculin, primul obiect al iubirii este mama, astfel încât nu este necesară o deplasare a afecţiunii. Băiatul îşi doreşte să doarmă cu ea, să o mângâie şi să fie în centrul lumii ei. Întrucât tatăl interferează cu aceste planuri, copilul resimte dorinţe de moarte la adresa rivalului său. Aceste dorinţe au ca rezultat vinovăţia, teama de răzbunarea tatălui şi un sentiment de anxietate referitor la iminenţa răzbunării. Freud a observat, în mod repetat, că principala sursă a anxietăţii băiatului în timpul acestei faze de dezvoltare este că răzbunarea tatălui va lua forma castrării. Pentru a evita această pedeapsă, *ackcx/renunţ fe abnhfefe b'd/e sea A/e pert Zf tăătftă,* cu tatăl său. Această identificare cu agresorul implică decizia de a căuta o femeie *asemenea* mamei sale, astfel încât băiatul să fie *asemenea* tatălui său. Ca parte a acestei rezolvări oedipiene, tatăl răzbunător este internalizat în jurul vârstei de cinci sau şase ani, formând Supraeul, pe care Freud îl considera drept moştenitorul complexului Oedip. Perspectiva contemporană asupra fazei oedipiene a dezvoltării arată că

există, de asemenea, o dorinţă libidinală pentru părintele de *acelaşi sex,* asociată cu o dorinţă de a scăpa de părintele de *sex opus.* Aceasta este deseori denumită complexul *Oedip negativ.*

Freud a întâlnit mai multe dificultăţi în explicarea dezvoltării oedipiene a fetelor. Într-o serie de lucrări (Freud, 1925/1961, 1931/1961, 1933/1964), el a recunoscut, cu francheţe, uimirea sa faţă de psihologia femeii, însă s-a luptat în continuare pentru a descrie dezvoltarea femeii. Una dintre modalităţile prin care a abordat această dificultate a fost să presupună că dezvoltarea femeilor era, în principiu, similară cu cea a bărbaţilor. În viziunea lui Freud, în timp ce la băieţi complexul Oedip este rezolvat prin complexul de castrare, la fete este *promulgat* de conştientizarea „castrării". În fazele preeedipiene ale dezvoltării, în concepţia lui Freud, fetiţa se simte esenţialmente ca un băieţel, până când descoperă existenţa penisului. În acel moment, ea începe să se simtă inferioară şi cade victimă invidiei de penis. Ea are tendinţa să arunce vina pe mamă pentru inferioritatea ei, astfel încât se întoarce către tată ca obiect al iubirii sale, iar dorinţa de a avea un copil de la tatăl său înlocuieşte dorinţa ei de penis. Freud considera că pentru fată, după descoperirea „inferiorităţii ei genitale", era posibilă una dintre următoarele trei căi: 1) blocarea întregii sexualităţi (i. E „nevroză); 2) o hipermasculinitate sfidătoare sau 3) feminitate clară, care presupune renunţarea la sexualitatea clitoridiană. În rezolvarea normală oedipiană, factorul-cheie a fost considerat ca fiind pierderea dragostei mamei, mai mult decât teama de castrare de către tată.

Mai mulţi autori psihanalişti contemporani au pus sub semnul întrebării modelul lui Freud legat la dezvoltarea femeii. Stoller (1976) nu a fost de acord cu Freud referitor la evoluţia feminităţii ca produs al

diferenţierii sexuale, invidiei de penis şi conflictului inconştient. El considera că feminitatea este tin potenţial înnăscut şi că o confluenţă între atribuirea sexului la naştere, atitudinile parentale, organizarea neurofiziologică cerebrală a fătului, interacţiunile timpurii dintre copil şi părinţi şi lecţiile din partea mediului formează un nucleu complex în jurul căruia se va organiza, în final, feminitatea matură. El a denumit acest prim pas *feminitate primară,* întrucât nu era considerată ca un produs al conflictului. Tyson (1996) subliniază că feminitatea matură începe cu feminitatea primară, dar rezolvarea conflictului, ca şi identificările cu ambii părinţi vor determina, până la urmă, forma finală.

Stoller a împărtăşit părerile altor autori, ca de exemplu Lerner (1980) şi Torok (1970), că invidia de penis este doar un aspect al dezvoltării feminităţii, nu originea acesteia. Teoria psihanalitică feministă contemporană a subliniat implicaţiile terapeutice negative legate de considerarea invidiei de penis ca fenomenul „de bază" (Freud 1937/1964), care sfidează o analiză şi o înţelegere mai aprofundată. Unul dintre riscurile acestei perspective, a fenomenului „de bază", este că poate conduce la o încercare greşită, din partea terapeutului, de a ajuta pacientele să accepte o imagine care le prezintă ca fiind forme inferioare ale bărbaţilor. Frenkel (1996) a subliniat că pacientele nu consideră, în general, că organele lor genitale sau excitaţia genitală sunt inadecvate, în contrast cu gândirea lui Freud, iar clitorisul, departe de a fi privit ca un organ inferior, este un punct de iniţiere a unei plăceri intense şi uneori a orgasmului, încă de la vârsta de 4 – 6 ani. La acea vârstă fetele sunt conştiente şi de prezenţa vaginului. Gândirea curentă, referitoare la constituirea sexuală, pune accentul pe influenţa culturii, relaţiile de obiect şi identificările cu părinţii şi mai puţin pe o legătură îngustă cu diferenţele anatomice (Benjamin,

1990; Chodorow, 1996).

Dezvoltarea nu se opreşte odată cu rezolvarea complexului Oedip. Constelaţiile apărărilor se schimbă cu fiecare fază succesivă – latenţa, adolescenţa, adultul tânăr, persoana vârstnică. De fapt, Vaillant (1976) a demonstrat existenţa unor schimbări succesive în timpul vieţii adulte, de la apărări imature la apărări mai mature, ca de exemplu altruismul şi sublimarea, sugerând că personalitatea este cu adevărat dinamică şi maleabilă de-a lungul întregului ciclu al vieţii.

2.4.1 Mahler

Încă din anii ’70, a apărut în psihanaliză o teorie mai empiric orientată a dezvoltării. Studiile bazate pe observarea copiilor mici efectuate de Margaret Mahler şi colegii săi (1975) au fost printre primele astfel de studii şi sunt deseori considerate ca realizând o legătură între psihologia Eului şi teoria relaţiilor de obiect. Prin observarea perechilor normale şi anormale mamă-copil, Mahler şi grupul ei au fost capabili să identifice trei mari faze ale dezvoltării relaţiilor de obiect.

În primele două luni de viaţă, apare o fază *autistă,* în care copilul pare absorbit de sine şi preocupat cu supravieţuirea, mai mult decât cu relaţionarea. Perioada dintre 2 şi 6 luni, denumită de *simbioză,* începe cu răspunsul copilului sub formă de zâmbet şi capacitatea vizuală de a urmări faţa mamei. Deşi copilul este conştient în mod vag de faptul că mama este un obiect separat, experienţa primară a copilului legată de perechea mamă-copil este cea a unei unităţi duale, mai degrabă decât cea a doua persoane separate.

Cea de-a treia fază, *separare-individuare,* este caracterizată prin patru subfaze. Între 6 şi 10 luni, în prima subfază de *diferenţiere,* copilul devine conştient că

mama este o persoană separată. Realizarea acestui fapt poate duce la nevoia copilului de obiect tranziţional (Winnicott, 1953/1971), cum ar fi o pătură sau ceva cu efect calmant, care să-l ajute să se împace cu faptul că mama nu este întotdeauna disponibilă. Următoarea subfază este cea *de practică,* care are loc între 10 şi 16 luni. Datorită abilităţilor locomotorii nou dobândite la această vârstă, copiii adoră să exploreze ei înşişi lumea, deşi se întorc frecvent către mama lor pentru a se „reîncărca". A treia subfază, *reapropierea,* este caracterizată printr-o conştientizare mai acută a separării de mamă şi apare la vârsta cuprinsă între 16 şi 24 de luni. Această conştientizare aduce cu ea un sentiment mai intens de vulnerabilitate faţă de separările de mamă.

A patra fază, finală, o subfază a celei de separare-individuare, este marcată de consolidarea individualităţii şi de începuturile constanţei obiectului. Realizarea acestei perioade, care corespunde, în mare, celui de-al treilea an de viaţă, constă în integrarea imaginilor separate, ale mamei, într-un obiect întreg şi întregit. Obiectul poate fi internalizat ca o prezenţă care aduce alinare emoţională şi care susţine astfel copilul, atunci când mama este absentă. Această realizare corespunde cu poziţia depresivă a lui Klein şi creează premisele intrării copilului în faza oedipiană.

2.4.2 Stern şi după Stern

Totuşi, după cum am arătat mai înainte, perspectiva lui Kohut a constituit o provocare pentru accentul pus de Mahler pe separare-individuare, sugerând că este esenţial, de-a lungul vieţii, să existe o oarecare formă de răspuns de tip obiect cil Sinelui din partea celorlalţi din mediu. În plus, cercetările prin observarea copiilor efectuate de Daniel Stern (1985, 1989) au pus sub semnul întrebării

faptul că nou-născutul iese din uter într-o stare de autism, absorbit de sine. Munca lui Stern a demonstrat că nou-născutul pare să fie conştient de existenţa mamei sau a celui care îl îngrijeşte din primele zile de viaţă. În concordanţă cu ideile lui Kohut, Stern a observat că răspunsurile de aprobare şi de validare din partea mamei simt cruciale pentru dezvoltarea sentimentului Sinelui copilului. El a subliniat faptul că se dezvoltă în copil sentimentul de sine-cu-altul, drept răspuns la ajustarea celui care îl îngrijeşte, cu el. Stern are o concepţie diferită de Klein, prin faptul că priveşte fantasma ca având o semnificaţie minoră. În schimb, el consideră copilul ca trăind primar realitatea. El a conchis că atunci când sunt foarte mici, copiii sunt buni în observarea realităţii şi doar mai târziu, după ce merg, încep să folosească semnificativ fantasma şi distorsiunea, într-un efort de a-şi altera propriile percepţii.

Stern a descris cinci sensuri sau sentimente ale Sinelui, diferite. În loc să le considere pe acestea ca faze care sunt înlocuite de perioade mai mature din punctul de vedere al dezvoltării, el le-a privit ca domenii diferite de experienţe ale Sinelui (Sine înnăscut sau „corporal”, Sine nuclear, Sine subiectiv, Sine verbal sau explicit şi Sine narativ), fiecare dintre ele persistând de-a lungul vieţii şi operând în concordanţă cu celelalte sentimente ale Sinelui. De la naştere la vârsta de 2 luni, apare un *Sine înnăscut,* care este un Sine predominant fiziologic, corporal. De la 2 la 6 luni, apare un sentiment *nuclear* al Sinelui, legat de o mai mare relaţionare interpersonală. Între 7 şi 9 luni apare un sentiment *subiectiv* al Sinelui şi acesta este un eveniment major, întrucât implică acordarea dintre stările intra-psihice ale copilului şi cele ale mamei. Între 15 şi 18 luni, care coincide cu abilitatea de a gândi simbolic şi de a comunica verbal, apare sentimentul *verbal* sau *explicit* al Sinelui. Sentimentul *narativ* al Sinelui apare între 3 şi 5

ani. Stern considera că această perspectivă istorică se regăseşte atunci când pacienţii îşi povestesc istoricul vieţii, în cadrul analitic.

În toată opera sa, Stern (2004) subliniază faptul că existenţa omenească este o existenţă fundamental socială. Luăm naştere dintr-o „matrice intersubiectivă", care este rezultatul unei ajustări afective din partea mamelor şi a celorlalţi care îi asigură îngrijirea. Modul în care Stern înţelege această interconectare este asemănător cu cel al lui Kohut, întrucât el consideră că răspunsurile celorlalţi faţă de noi sunt ca oxigenul din mediu. El o explică astfel: „Avem nevoie de ochii celorlalţi pentru a ne forma şi a ne menţine pe noi înşine" (Stern, 2004, p. 107). El crede cu tărie că dorinţa de relaţionare, într-o manieră intersubiectivă, este un sistem motivaţional la fel de puternic ca şi pulsiunile biologice.

Conceptul conform căruia dezvoltarea are loc într-un format Sine-celălalt a fost validat în mod extens, în cercetările ulterioare asupra dezvoltării (Beebe et al., 1997; Fogel, 1992). În acord cu orientările teoretice ale lui Kohut şi Winnicott, ceea ce ia naştere este perspectiva unor sisteme duale de comunicare între mamă şi copil, care rezultă în internalizarea unui Sine-în-relaţie-cu-obiectul. Cu alte cuvinte, aşa cum a arătat Fairbairn, pe parcursul dezvoltării nu este internalizat un obiect, ci o *relaţie* de obiect. Ceea ce este reprezentat de către copil este un proces interactiv, completat de o anumită secvenţă de mişcări, regulile care dictează aceste mişcări şi consecinţele de reglare a Sinelui (Beebe et al., 1997). În concordanţă cu orientările postmoderniste, cercetările asupra dezvoltării arată că toate interacţiunile faţă-către-faţă sunt construite împreună sau reglate bidirecţional (Fogel, 1992).

Posner şi Rothbart (2000) au studiat reglarea stării de excitaţie şi au constatat că interacţiunea timpurie

părinte-copil este esenţială pentru reglarea tensiunii în copil. Meins et al. (2001) au examinat modul în care mamele le vorbesc copiilor lor de 6 luni. Ei au ajuns la concluzia că formarea Sinelui era facilitată dacă acestea făceau comentarii faţă de copil care să reflecte starea psihică a copilului şi dacă tratau copilul ca pe o persoană. Astfel, studiile respective confirmă importanţa empatiei parentale pentru dezvoltarea Sinelui copilului.

Cercetările care examinează substratul neuronal al empatiei subliniază rolul important în dezvoltarea copilului al acordării emoţionale din partea unui părinte sau îngrijitor. Empatia presupune capacitatea de a include sentimentele altei persoane în propriul sistem nervos (Leslie et al., 2004). Neuronii implicaţi în procesul de oglindire, prima dată descoperiţi la maimuţe, unde au fost identificaţi ca având proprietăţi neobişnuite de descărcare atât în timpul executării acţiunilor, cât şi al observării aceleiaşi acţiuni la ceilalţi, ar putea juca un rol crucial. Aceşti neuroni din cortexul premotor răspund atunci când o primată observă anumite mişcări ale mâinii efectuate de o altă primată sau de un om sau când animalul efectuează aceleaşi mişcări. Cu alte cuvinte, ei codifică acţiunile orientate către obiect, indiferent dacă acestea simt efectuate sau observate. Acest grup de neuroni din cortexul premotor ventral sunt activaţi în timpul observării unui agent care acţionează cu un anume scop asupra obiectelor. Fogassi şi Gallese (2002) au indicat că neuronii respectivi ar putea fi implicaţi în detectarea scopului şi deci în înţelegerea a ceea ce se întâmplă în mintea altei persoane. Studiile de imagistică funcţională arată că sistemul de oglindire al emisferei drepte ar putea fi esenţial pentru prelucrarea emoţiilor celorlalţi (Leslie, 2004). Există un consens din ce în ce mai mare, în literatura referitoare la dezvoltare, cu privire la faptul că experienţele timpurii legate de răspunsurile din partea

părinţilor sau îngrijitorilor reglează iniţial afectele. Apoi, în cele din urmă, acestea duc la modele interne active sau reprezentări ale relaţiei, care vor continua să aibă funcţii de reglare internă (Hofer, 2004). Regiunea orbito-frontală dreaptă este considerată ca fiind esenţială în dezvoltarea reprezentărilor internalizate ale relaţiilor, care acţionează, în final, ca regulatori biologici (Schore, 1997).

Aşa cum am arătat în Capitolul 1, dezvoltarea este în general rezultatul combinării dintre predispoziţia genetică şi influenţele mediului. Multe teorii psihanalitice referitoare la dezvoltare neglijează, în formularea lor, factorii genetici. O teorie contemporană ar trebui să suplimenteze argumentele pur psihanalitice cu date din cercetarea empirică asupra interacţiunii dintre gene şi mediu. De exemplu, Reiss et al. (2000) au subliniat că particularităţile genetice ale copilului provoacă anumite răspunsuri în părinţi, care pot la rândul lor să influenţeze măsura în care anumite gene vor fi exprimate şi altele reprimate.

2.5 Teoria ataşamentului

Cea de a patra teorie majoră, relevantă pentru psihiatria dinamică, îşi are rădăcinile în cercetarea empirică – teoria ataşamentului. Deşi lucrările lui John Bowlby asupra acestui subiect (Bowlby, 1969, 1973, 1980) au fost publicate mai demult, doar relativ recent aceasta teorie a ataşamentului s-a bucurat de o largă audienţă în rândul psihanaliştilor. Ataşamentul este o legătură cu rădăcini biologice între copil şi cel care îl îngrijeşte, având drept rol asigurarea securităţii şi supravieţuirii copilului. În contrast cu teoria relaţiilor de obiect, teoria ataşamentului postulează că scopul copilului nu este căutarea unui obiect, ci mai degrabă a unei stări fizice obţinute prin proximitatea faţă de mamă/obiect (Fonagy,

2001). Pe măsură ce are loc dezvoltarea, scopul fizic este transformat într-unul mai psihologic, şi anume de a obţine un sentiment de apropiere de mamă sau îngrijitor. Un ataşament sigur influenţează puternic dezvoltarea modelelor interne active ale relaţiilor, care sunt depozitate ca scheme mintale şi duc la experienţe referitoare la aşteptările vizavi de comportamentul celorlalţi faţă de Sine.

Strategiile de ataşament, care sunt în mare parte independente de influenţa genetică, sunt adoptate în copilărie şi rămân relativ stabile. Ainsworth et al. (1978) au studiat aceste strategii într-un scenariu care avea loc în laborator, cunoscut sub numele de „Situaţia stranie". Această situaţie, care implică separarea unui copil de îngrijitorul său, are tendinţa de a provoca apariţia uneia dintre cele patru strategii comportamentale. Copiii siguri caută pur şi simplu apropierea de îngrijitor atunci când acesta se întoarce, iar apoi se simt liniştiţi şi se întorc la joacă. Comportamentul *evitant* este observat la copiii care au părut mai puţin anxioşi în timpul separării şi au ripostat îngrijitorului când acesta a revenit. Aceşti copii nu au arătat o preferinţă pentru mamă sau îngrijitor versus un străin. În a treia categorie, denumită *anxios-ambivalentă* sau *de rezistenţă*, copiii au manifestat o mare suferinţă legată de separare, iar la întoarcerea îngrijitorului au avut un comportament care a exprimat furie, tensiune, având şi tendinţa de a se agăţa. Al patrulea grup, denumit *dezorganizat-dezorientat*, nu a avut nicio strategie coerentă pentru a face faţă experienţei legate de separare. Numeroase studii au demonstrat că statutul ataşamentului părinţilor va prezice nu doar dacă un copil va avea un ataşament sigur, ci chiar şi categoria exactă de ataşament în Situaţia stranie (Fonagy, 2001). Există anumite dovezi că aceste modele de ataşament au continuitate în viaţa adultă, iar aceste categorii de ataşament pot fi evaluate cu

ajutorul unor interviuri sofisticate (George et al., 1996). Cele patru răspunsuri la Situaţia stranie corespund unor categorii adulte de ataşament, după cum urmează: 1) indivizi siguri/autonomi care valorizează relaţiile de ataşament; 2) indivizi nesiguri/evitanţi care neagă, denigrează, devalorizează sau idealizează ataşamentele trecute sau actuale; 3) indivizi preocupaţi care sunt derutaţi sau copleşiţi de relaţiile de ataşament trecute şi prezente; 4) indivizi nehotărâţi sau dezorganizaţi care deseori au fost neglijaţi sau au suferit o traumă.

Teoria ataşamentului a adus contribuţii semnificative la înţelegerea motivaţiilor fiinţei omeneşti. Sexualitatea, agresivitatea şi coeziunea

Sinelui sunt relevante pentru înţelegerea pacientului adult care vine pentru psihoterapie. Totuşi Joseph Sandler (2003) recunoaşte că încercarea de a găsi siguranţă este, de asemenea, o motivaţie primară. El a ajuns la această concluzie parţial datorită contribuţiilor aduse de teoria ataşamentului şi cercetărilor referitoare la ea. Mai mult, în contrast cu accentul pus de Klein asupra fantasmelor intra-psihice, teoria ataşamentului oferă un loc central neglijenţei reale, abandonului şi altor traume timpurii, precum şi prelucrării psihice a acestor traume. Numeroase date sugerează că ataşamentul dezorganizat este un factor de vulnerabilitate pentru apariţia ulterioară a unor tulburări psihiatrice şi că siguranţa ataşamentului poate servi ca factor de protecţie împotriva psihopatologiei adultului (Fonagy şi Target, 2003).

Capacitatea îngrijitorului de a observa intenţiile copilului şi lumea internă a acestuia pare să influenţeze dezvoltarea unui ataşament sigur în copil. Un concept-cheie în teoria ataşamentului este *mentalizarea,* care se referă la capacitatea de a înţelege că gândirea proprie şi a celorlalţi este de natură reprezentativă şi că propriul comportament, precum şi al celorlalţi, este motivat de stări

interne, ca de exemplu gândurile şi sentimentele (Fonagy, 1998). Părinţii şi îngrijitorii care au ei înşişi capacitatea de a mentaliza se vor conecta la starea psihică subiectivă a copilului, iar copilul se regăseşte în mintea îngrijitorului şi internalizează reprezentarea acestuia pentru a forma un Sine psihologic nuclear, în acest mod, ataşamentul sigur al copilului faţă de îngrijitor generează capacitatea copilului de a mentaliza. Cu alte cuvinte, prin interacţiunea cu îngrijitorul său, copilul învaţă că cel mai bine poate fi înţeles comportamentul, pornind de la premisa că ideile şi sentimentele determină acţiunile unei persoane.

Mentalizarea este deseori definită ca abilitatea unei persoane de a avea o „teorie a minţii". O mare parte din interacţiunea clinică, în special psihoterapia, depinde de capacitatea terapeutului de a înţelege ce este în mintea celorlalţi. Adevărata mentalizare devine posibilă între 4 şi 6 ani, iar studii recente de neuroimagistică indică faptul ca zonele: corticală prefrontală mediană, polii temporali, cerebelul şi şanţul temporal postero-superior ar putea face parte din reţeaua responsabilă de mentalizare (Calarge et al., 2003; Frith şi Frith, 2003; Sebanz şi Frith, 2004).

2.6. Rolul teoriei în practica clinică

Confruntat cu o colecţie uimitoare de teorii psihanalitice, practicianul poate recurge la negarea totală a valorii teoriei. Cine are nevoie de ea? De ce să nu înceapă *de novo* cu fiecare pacient şi să rămână strict la materialul clinic? Pentru a susţine această abordare înseamnă să susţii formarea unor noi teorii. Aşa cum nota Kemberg (1987): „Toate observaţiile asupra fenomenelor clinice depind de teorii, iar când credem că am uitat de teorie, înseamnă doar că avem o teorie de care nu suntem conştienţi" (pp. 181 – 182).

O soluţie mai rezonabilă este să te familiarizezi cu

fenomenele descrise de principalele teorii şi să te concentrezi pe o anumită perspectivă, adecvată din punct de vedere clinic, pentru un anume pacient. Psihanaliza şi psihiatria psihodinamică simt, în mod regretabil, hărţuite permanent de polarităţi inutile – este oare oedipian sau preeedipian, conflict sau deficit, teoria clasică sau psihologia Sinelui, reducerea tensiunii sau căutarea obiectului? Astfel de întrebări tind să fie puse în termeni de corect sau greşit. Dar oare nu este posibil ca toate modelele să fie valabile în anumite situaţii clinice? Nu este posibil ca atât oedipul, cât şi preeedipul, conflictul şi deficitul, să fie relevante în înţelegerea unui anume pacient? Bineînţeles că este posibil. Wallerstein (1983) a descris elocvent acest lucru, într-o critică a psihologiei Sinelui:

Căci în curgerea şi fluxul materialului clinic analitic suntem mereu în lumea lui „atât/cât şi". Avem de-a face constant şi pe rând atât cu oedipul, acolo unde există un Sine coerent, cât şi cu preeedipul, acolo unde încă nu este; cu regresii defensive şi cu opriri în dezvoltare; cu transferuri defensive şi cu rezistenţe defensive şi cu recrearea unor stări traumatizante (p. 31).

Wallerstein ne reaminteşte de principiile psihanalitice fundamentale ale supradeterminării şi ale funcţiei multiple.

Unele aspecte ale celor patru orientări teoretice examinate în acest capitol vor fi foarte probabil utile în tratamentul majorităţii pacienţilor. Din perspectiva dezvoltării, anumite aspecte ale experienţelor timpurii din copilărie sunt mai bine explicate de o teorie decât de alta, iar cu anumiţi pacienţi accentul se va pune mai mult pe o anumită direcţie decât pe alta, în funcţie de datele clinice

(Pine, 1988). La majoritatea pacienţilor însă, vom găsi atât deficit, cât şi conflict. Aşa cum nota Eagle (1984) în evaluarea rolului teoriei în psihanaliză: „Suntem mai plini de conflicte în ariile în care există o deprivare… Exact persoana lipsită de dragoste va avea cele mai multe conflicte legate de dăruirea şi primirea afecţiunii” (p. 130). În practică, clinicienii constată ca servesc atât ca obiecte ale Sinelui, cât şi ca obiecte reale, separate de pacienţi.

Totuşi, pentru anumiţi clinicieni, trecerea de la o perspectivă teoretică la alta, în funcţie de nevoile pacienţilor, este prea obositoare şi greu de stăpânit. Wallerstein (1988) a arătat că este posibil pentru clinicieni să fie atenţi la *fenomenele clinice* descrise de fiecare orientare teoretică, fără să îmbrăţişeze întregul model metapsihologie. De exemplu, clinicianul se poate adresa reprezentărilor de Sine şi de obiect, transferului în oglindă şi celui idealizant şi configuraţiilor de impulsuri-apărări aşa cum apar în cadrul clinic, fără să trebuiască să recurgă la invocarea întregului edificiu teoretic, pe care se bazează astfel de observaţii. Alţi autori sunt susţinătorii unei mai mari flexibilităţi teoretice (Gabbard, 1996; Pine, 1990; Pulver, 1992), arătând că diferiţi pacienţi şi diferite tipuri de psihopatologie necesită abordări teoretice diferite.

Fiecare dintre aceste abordări ale pluralismului teoretic din psihiatria dinamică modernă este posibilă pentru unii clinicieni. Indiferent care este abordarea considerată a fi cea mai potrivită, toţi clinicienii ar trebui să evite impunerea, în mod rigid, a teoriei în faţa materialului clinic. Pacientului trebuie să i se permită să-l conducă pe clinician către oricare sferă a teoriei, care pare a fi cea mai potrivită materialului clinic. Deşi familiarizarea cu toate cele patru modele teoretice ale psihiatriei dinamice necesită o lărgire considerabilă a cunoştinţelor, ea permite o înţelegere mai profundă a pacienţilor şi a psihopatologiei lor. Identificarea celui mai adecvat cadru teoretic pentru un anume pacient presupune multă tentativă de explorare şi posibilitatea de a greşi, dar pe măsură ce ne împiedicăm de-a lungul peşterii, putem să găsim în cele din urmă calea şi, astfel, să nimerim mai bine decât alţi călători, care au harta unei peşteri diferite.**3. Evaluarea psihodinamică a pacientului**

De câte ori se întâlnesc doi oameni, sunt prezenţi, de fapt, pase oameni. Este vorba de fiecare om aşa cum se vede el însuşi, fiecare om aşa cum îl vede cealaltă persoană şi fiecare om aşa cum este el cu adevărat.

William James

Evaluarea psihodinamică a pacientului nu este diferită de evaluarea completă a istoricului, semnelor şi simptomelor, rezultată din tradiţia psihiatrică medicală. Psihiatrii de orientare dinamică preţuiesc astfel de informaţii, pe care le consideră componente esenţiale ale evaluării diagnostice. Totuşi modul în care ei adună informaţii diferă de abordarea pur descriptivă pentru obţinerea diagnosticului. Mai mult, pentru psihiatrul de

orientare dinamică sunt importante alte informaţii, astfel încât evaluarea psihodinamică poate fi privită ca o extensie semnificativă a evaluării descriptive medical-psihiatrice.

3.1 Interviul clinic

Orice descriere a abordării psihodinamice a interviului clinic trebuie să înceapă cu importanţa fundamentală a relaţiei doctor-pacient. Atunci când psihiatrul şi pacientul se întâlnesc pentru prima dată, doi străini vin în contact, fiecare cu diferite expectaţii referitor la celălalt. Pe primul loc, în cadrul unui interviu psihodinamic, trebuie să stea stabilirea unui raport şi o înţelegere reciprocă (Mackinnon şi Michels, 1971; Menninger, 1962; Thomă şi Kächele, *1987*). *Prima sarcină a celui* care conduce interviul este să transmită faptul că pacientul este acceptat, valorizat şi validat ca persoană unică, *având probleme unice.*

Clinicienii care încearcă să se cufunde, în mod empatic, în trăirile pacienţilor lor vor crea o legătură cu aceştia, bazată pe încercarea evidentă a practicianului de a înţelege punctul de vedere al pacientului. O astfel de abordare nu necesită comentarii liniştitoare ca „nu te teme, totul va fi în regulă”. În loc să reducă anxietatea pacientului, aceste asigurări goale simt de obicei sortite eşecului, întrucât sunt asemenea comentariilor anterioare făcute de prieteni sau membri ai familiei. Ele doar îl vor face pe pacient să creadă că interlocutorul nu înţelege suferinţa adevărată. Cel care face interviul poate în schimb să construiască o relaţie mai bună cu un altfel de comentarii, cum ar fi „înţeleg cum te simţi, având în vedere prin ce ai trecut”. Provocând declaraţiile pacienţilor la începutul interviului va confirma piu şi simplu temerile preexistente că psihiatrii sunt figuri parentale moralizatoare.

3.1.1 Diferenţe între interviul psihodinamic şi cel medical

În anamneza medicală, doctorii urmează o direcţie clară de la suferinţa principală la etiologia şi patogenia acesteia. Pacienţii sunt în general cooperanţi în timpul acestui proces, întrucât sunt nerăbdători să scape de durere sau de simptomele asociate cu boala lor. Psihiatrii care încearcă să păstreze un astfel de curs linear se vor întâlni cu gropi şi ocolişuri la fiecare pas. Mai mult, psihiatrii constată frecvent că pacienţii sunt rareori capabili să ajungă la subiect, din pricina incapacităţii lor de a identifica ceea ce îi supără cu adevărat (Menninger et al., 1962). Ei pot, de asemenea, să fie extrem de ambivalenţi în legătură cu descrierea simptomelor lor, întrucât în boala psihică este aproape întotdeauna posibil să apară un grad de adaptare. În sfârşit, pacienţii psihiatrici sunt deseori jenaţi de simptomele pe care le prezintă şi pot ascunde informaţii, pentru a face o impresie bună (Mackinnon şi Michels, 1971).

O altă diferenţă majoră dintre anamneza medicală şi interviul psihodinamic este relaţia dintre diagnostic şi tratament. Un doctor care examinează un pacient bănuit de apendicită abordează interviul având nişte idei clare – diagnosticul precedă tratamentul. În schimb, în interviul psihodinamic, orice distincţie dintre diagnostic şi tratament ar fi artificială (Mackinnon şi Michels, 1971). Psihiatrul de orientare dinamică abordează interviul cu înţelegerea că modul în care se face anamneza poate fi el însuşi terapeutic. Abordarea dinamică, ce leagă strâns diagnosticul de tratament, este empatică, întrucât ia în considerare şi perspectiva din care vede pacientul. Aşa cum notau Menninger et al. (1962): „Pacientul vine pentru a fi tratat şi tot ceea ce se face pentru el, din punctul lui de

vedere, este tratament, oricum i-ar spune doctorul. Deci, într-un anume sens, tratamentul precedă întotdeauna diagnosticui" (p. 3). Într-adevăr, exista fără îndoială o valenţă terapeutică în ascultarea şi acceptarea istoricului vieţii pacientului şi în confirmarea faptului că viaţa acestuia are sens şi valoare (Gabbard, 2004). Un clinician care evaluează un pacient serveşte de asemenea ca martor care recunoaşte şi înţelege impactul emoţional al evenimentelor trăite de pacient (Poland, 2000).

O a treia diferenţă dintre interviul medical şi cel psihiatric constă în rolul pe care îl au activitatea şi pasivitatea. Într-o mare măsură, pacienţii sunt participanţi activi în demersul diagnostic medical. Pacientul este compliant cu evaluarea medicului şi răspunde, în mod cooperant, la întrebări. Cu toate acestea, doctorul trebuie să pună laolaltă piesele acestui puzzle, pentru a ajunge la un diagnostic precis. Psihiatrul de orientare dinamică încearcă să evite această împărţire a rolurilor. Astfel, abordarea dinamică recurge la implicarea activă a pacientului, ca un colaborator în procesul de explorare (Shervin şi Shectman, 1973). Se consideră că pacientul are o contribuţie importantă la înţelegerea diagnosticului final. Dacă un pacient începe interviul cu anxietate, psihiatrul nu încearcă s-o elimine, pentru a uşura interviul. Din contră, psihiatrul poate încerca să-l antreneze pe pacient să caute împreună cu el originea anxietăţii, cu întrebări de genul: „Ce preocupări legate de acest interviu ar putea să vă facă să fiţi anxios în momentul de faţă?"; „Această situaţie vă aminteşte cumva de o situaţie similară, provocatoare de anxietate, din trecut?" sau „Aţi auzit ceva despre mine sau despre psihiatri în general care **cir** putea contribui la anxietatea dumneavoastră?"

Într-un interviu dinamic eficient, psihiatrul va obţine informaţii privitoare la istoric şi simptome care să permită un diagnostic descriptiv. Totuşi, pentru a încuraja o mai

mare deschidere din partea pacientului, psihiatrul trebuie să se ferească să pună prea mult accent pe o etichetă diagnostică, întrucât ar împiedica desfăşurarea relaţiei complexe dintre doctor şi pacient. Mackinnon şi Michels (1971) au atras atenţia că „interviul orientat doar către stabilirea diagnosticului îi dă pacientului sentimentul că este examinat ca un specimen de patologie şi asta efectiv îl inhibă şi-l împiedică să-şi dezvăluie problemele" (pp. 6 – 7).

A patra diferenţă dintre interviul clinic medical şi cel de orientare dinamică se referă la selecţia datelor relevante. Reiser (1988) şi-a exprimat îngrijorarea faţă de tendinţa anumitor rezidenţi de psihiatrie de a opri culegerea informaţiilor după obţinerea unui inventar de simptome care este suficient pentru un diagnostic descriptiv şi permite o prescriere farmacoterapeutică. El atrage atenţia asupra faptului că diagnosticul DSM este doar un aspect al procesului diagnostic şi că lipsa de interes a rezidenţilor pentru a înţelege pacientul ca persoană duce la apariţia unui obstacol în stabilirea relaţiei terapeutice. Pentru psihiatrul de orientare dinamică, viaţa intra-psihică a pacientului reprezintă o parte esenţială din totalul datelor.

Un alt aspect unic al interviului psihodinamic este accentul pus pe ceea ce simte doctorul în timpul acestui demers. Chirurgul sau internistul care sesizează sentimente de furie, invidie, dorinţă, tristeţe, ură sau admiraţie le consideră ca fiind neplăceri, care interferează cu evaluarea bolii. Doctorul obişnuit suprimă aceste sentimente, pentru a menţine obiectivitatea şi a continua examinarea. Pentru psihiatrul de orientare dinamică, astfel de sentimente constituie informaţii cruciale pentru diagnostic. Ele îi spun clinicianului câte ceva despre reacţiile pe care pacientul le trezeşte în ceilalţi. Aceste consideraţii ne conduc la două dintre cele mai importante

aspecte ale evaluării psihodinamice – transferul şi contratransferul.

3.1.2 Transfer şi contratransfer

Având în vedere că transferul este activ în oricare relaţie semnificativă, putem fi siguri că elemente de transfer apar de la prima întâlnire dintre doctor şi pacient. Într-adevăr, transferul se poate dezvolta chiar înainte de contactul iniţial (Thomă şi Kächele, 1987). După fixarea primei întâlniri, viitorul pacient poate să îi atribuie anumite calităţi psihiatrului, bazându-se pe frânturi de informaţii, experienţe anterioare cu psihiatri, imaginea psihiatrilor din mass-media, experienţe pozitive sau negative din trecut cu alţi doctori sau atitudini generale în faţa unor reprezentanţi ai autorităţii. Un tânăr care şi-a întâlnit pentru prima dată psihiatrul în anticameră a exclamat: „Nu sunteţi deloc aşa cum mă aşteptam!”. Când psihiatrul i-a cerut pacientului să elaboreze, tânărul a explicat că ideea de psihiatru îi evoca imaginea unui bărbat în vârstă, distins, fiind astfel mirat de faptul că psihiatrul era, în realitate, tânăr.

Transferul este o dimensiune importantă a evaluării, întrucât afectează profund modul în care pacientul va coopera cu medicul. De exemplu, pacienţii care îi văd pe doctori ca pe nişte părinţi severi, dezaprobatori vor fi mult mai puţin dispuşi să dezvăluie aspecte jenante ale istoricului lor. În mod similar, pacienţii care privesc medicul psihiatru ca pe o persoană intruzivă pot să ascundă cu obstinaţie informaţii şi să refuze să coopereze în timpul interviului. Psihiatrii care abordează distorsiunile legate de transfer încă de la începutul interviului pot înlătura obstacolele şi realiza o anamneză eficientă.

În primele câteva minute ale unei consultaţii psihiatrice, un pacient se străduia să-şi depăşească

inhibiţia de a vorbi. Psihiatrul l-a întrebat dacă una dintre acţiunile sale sau unul dintre gesturile sale îl pune în dificultate. Pacientul a recunoscut că nutrea ideea că psihiatrii citesc gândurile oamenilor şi că trebuie să aibă grijă ce face sau ce spune în prezenţa lor. Psihiatrul i-a răspuns cu umor: „Mi-e teamă că nu suntem atât de buni”. Amândoi au râs, iar pacientului i-a fost mult mai uşor să fie deschis în timpul interviului.

Prin definiţie, transferul este o repetiţie. Sentimentele asociate cu o figură din trecut sunt repetate, cu psihiatrul, în situaţia prezentă. Această premisă implică faptul că modelele de transfer apărute în interviul clinic oferă informaţii despre relaţiile semnificative din trecutul pacientului. Imaginea pacientului despre examinator şi sentimentele pacientului faţă de examinator sunt, într-o oarecare măsură, repetiţii. Mai mult decât atât, aceste repetiţii dezvăluie multe informaţii despre relaţiile semnificative din prezent ale pacientului. Întrucât transferul este ubicuitar, aceleaşi modele din trecut vor fi repetate tot mereu, în toate relaţiile pacienţilor. De exemplu, o pacientă a venit la psihiatru şi se plânge de faptul că bărbaţii par să nu fie interesaţi de ea. Răspunzând întrebărilor psihiatrului, ea a putut să facă legătura între sentimentul că este neglijată şi percepţia ei, din copilărie, că tatăl său o ignora. Când psihiatrul s-a uitat la ceas, către sfârşitul interviului, ea l-a acuzat că nu îi dă atenţie – la fel ca toţi ceilalţi bărbaţi.

Pentru a nu eticheta toate reacţiile pacienţilor faţă de doctor drept transfer, psihiatrii trebuie să ţină minte că relaţia pacient-doctor este întotdeauna un amalgam de transfer şi relaţie reală. Psihiatrul care s-a uitat la ceas a oferit un sâmbure de realitate la teama pacientei, în transfer, că încă un bărbat şi-a pierdut interesul faţă de ea. Evaluarea psihodinamică impune o permanentă automonitorizare de-a lungul demersului diagnostic.

Psihiatrul acuzat de neatenţie trebuie să se întrebe dacă se simte într-adevăr plictisit şi să recunoască faţă de pacient) sau dacă pacientul deformează situaţia. Dacă plictiseala este problema, atunci psihiatrul trebuie să determine dacă interesul său se diminuează din cauza interferenţelor propriilor lui probleme ori din cauză că pacientul face ceva care duce la neatenţie, ori din ambele.

Aceste consideraţii sunt, evident, probleme contratransferenţiale. Cadrul conceptual al interviului dinamic consideră că întotdeauna sunt implicate două persoane (îndrăznesc să spun doi pacienţi?). Fiecare aduce propriul trecut în prezent şi proiectează asupra celuilalt aspecte ale reprezentărilor interne de Sine şi de obiect (Langs, 1976). Psihiatrului de orientare dinamică i se întâmplă frecvent să aibă senzaţia că se relaţionează cu un pacient, ca şi când pacientul ar fi altcineva. Psihiatrul ar putea remarca o asemănare fizica izbitoare dintre un pacient şi cineva din trecut. Ca rezultat, psihiatrul îi va atribui pacientului calităţile persoanei din trecut.

O sarcină permanentă a psihiatrului de orientare dinamică este aceea de a monitoriza propriile treceri la act şi sentimente legate de contratransfer, pe măsură ce acestea apar în timpul interviului cu pacientul. Cât de mult din contratransfer este propria contribuţie a clinicianului? Cât de mult este indus de comportamentul pacientului faţă de clinician?

Aşa cum am arătat în Capitolul 2, contratransferul este, de obicei, o creaţie comună care necesită contribuţii din partea ambilor membri ai perechii. Diferenţierea dintre contratransferul indus şi cel adus în situaţie de către propriile conflicte inconştiente ale clinicianului este deseori o sarcină dificilă. Capacitatea de a face această distincţie depinde în mare măsură de cât este de familiarizat clinicianul cu propria sa lume internă. Astfel, majoritatea psihiatrilor de orientare dinamică sunt de

părere că experienţa unei terapii personale fie psihanaliză, fie psihoterapie) are o valoare enormă în monitorizarea şi înţelegerea contratransfer ului.

Familiarizarea cu propriile tipuri de răspuns este utilă pentru a decide care este contribuţia fiecăruia. De exemplu, o psihiatră de copii a observat că îşi putea da seama când avea de-a face cu un copil abuzat, întrucât resimţea un sentiment iraţional de furie, acompaniat de un impuls de-a abuza copilul. Cu alte cuvinte, un obiect intern abuziv din copil era proiectat în psihiatră, care la rândul ei era provocată de comportamentul enervant şi supărător al copilului, până la punctul în care să se identifice cu ceea ce se proiectase în ea. Faptul că era conştientă de aceste sentimente a ajutat-o să înţeleagă natura obiectului intern al pacientului şi problemele tipice legate de relaţiile interpersonale ale pacientului.

O formă comună de contratransfer, care poate trece neidentificată, este cea legată de atitudinile conştiente sau inconştiente faţă de rasa sau etnia pacientului. Toţi clinicienii, indiferent cât simt de dedicaţi şi motivaţi să practice într-o atmosferă lipsită de interferenţe, trăiesc şi lucrează în societăţi în care există, din abundenţă, stereotipuri rasiale şi etnice. Aceste stereotipuri se pot strecura în demersul diagnostic efectuat de clinician şi se pot manifesta în modalităţi subtile de trecere la act cu pacienţii (Leary, 2000). De exemplu, o rezidentă în psihiatrie a constatat că vorbea mai rar şi utiliza un limbaj mai simplu cu un pacient asiatico-american, până când pacientul a întrerupt-o şi i-a spus politicos: „Nu trebuie să vorbiţi atât de rar. M-am născut aici”. Clinicienii caucazieni nu reuşesc să aprecieze, uneori, impactul asupra identităţii şi stimei de sine pe care o lungă serie de experienţe discriminatorii îl poate avea asupra membrului unui grup etnic minoritar. Unele traume induse social pot fi înţelese greşit drept probleme de natură pur intra-

psihică.

3.1.3 Abordarea istoricului pacientului

Partea de istoric din cadrul interviului ar trebui să includă două scopuri simultane: un diagnostic descriptiv şi un diagnostic dinamic. Pentru a îndeplini aceste scopuri, psihiatrul trebuie să aibă un stil flexibil, care să treacă de la urmărirea structurată a datelor specifice (de ex., simptome, istoric familial, factori stresanţi, durata bolii) la o atitudine nestructurată de ascultare a fluxului pe care-l reprezintă procesele de gândire ale pacientului. De-a lungul celor două părţi, structurată şi nestructurată, ale procesului de culegere a datelor, examinatorul face o evaluare de fineţe a interacţiunii pacient-doctor. Kemberg (1984) a descris o formă de interviu dinamic – interviul structural – drept o mişcare sistematică de la un inventar al simptomelor la o concentrare activă asupra operaţiilor de apărare, în relaţia acum-şi-aici cu examinatorul.

Iniţial, examinatorul trebuie doar să creeze o atmosferă în care pacientul să se simtă liber să vorbească. Rezidenţii de psihiatrie începători greşesc frecvent printr-o interogare agresivă a pacienţilor, pentru a afla doar istoricul şi simptomele. O altă greşeală comună consta în abordarea unei atitudini pseudoanalitice de abstinenţă, practic de tăcere şi pasivitate. Rezidenţii, care pot fi persoane calde şi plăcute, devin dintr-odată rigizi, extrem de formali şi reci atunci când efectuează un interviu al pacientului. Examinatorul va obţine mult mai mult dacă devine un participant activ în relaţie – încercând să înţeleagă punctul de vedere al pacientului, cu empatie şi căldură.

Psihiatrul poate învăţa multe dacă îi permite pacientului să se îndepărteze pentru un timp de subiect. Comentariile iniţiale trebuie făcute în aşa fel încât să

faciliteze această vorbire liberă (de ex., „Spuneţi-mi mai multe”, „Vă rog, continuaţi”, „înţeleg că vă simţiţi în acest fel” sau „Trebuie să fi fost greu”). Specificitatea materialului obţinut prin acest tip de asociere liberă este evidenţiată de dovezi aduse de cercetarea neuroimagistică. Andreasen et al. (1995) au folosit tomografia cu emisie de pozitroni pentru a studia diferenţa dintre memoria episodică direcţionată, atunci când cineva evocă experienţe trecute, şi memoria episodică aleatorie, care implică o reflectare necenzurată la experienţe, asemănătoare asocierii libere. Autorii au găsit diferenţe semnificative între cele două tipuri de memorie şi au remarcat că activitatea mintală liberă asociată cu memoria episodică aleatorie determină o activare marcată în cortexul asociativ şi reflectă atât rememorarea activă legată de experienţele anterioare, cât şi planificarea acţiunilor viitoare. Astfel, realizarea unei alternanţe în timpul interviului, între a permite o asociaţie întâmplătoare şi a orienta discuţia spre anumite subiecte, poate provoca diferite tipuri de activitate mintală şi diferite tipuri de informaţie utilă pentru clinician.

Pe lângă obţinerea unor date esenţiale din istoricul pacientului, precum şi date referitoare la starea lui psihică, cel care realizează interviul are posibilitatea de a identifica modele de asociere, care pot dezvălui semnificative conexiuni inconştiente. Ordinea în care sunt povestite evenimentele, amintirile, preocupările şi alte probleme psihologice este rareori întâmplătoare. Matematicienii ştiu de mult timp că este imposibil, pentru orice persoană, să genereze secvenţe lungi de numere întâmplătoare. Într-un timp scurt, numerele se vor grupa în modele care au o anumită semnificaţie. Psihicul preferă ordinea în locul haosului. Aşa se întâmplă şi cu ceea ce verbalizează pacientul. Deutsch şi Murphy (1955) şi-au bazat interviul – cunoscut ca „anamneză asociativă” – pe

acest principiu:

Metoda... constă nu doar în înregistrarea a ceea ce spune pacientul, ci şi în modul în care acesta oferă informaţia. Este important nu doar faptul că pacientul relatează ceea ce îl supără, ci şi în care fază a interviului şi în ce ordine apar ideile, acuzele şi amintirile referitoare la tulburările somatice şi emoţionale, (p. 9)

Deşi pacienţii pot fi la nivel conştient uimiţi de simptomele lor, ordinea asociaţiilor poate oferi indicii asupra conexiunilor inconştiente. De exemplu, un bărbat de 31 de arii, care s-a prezentat însoţit de părinţi pentru o evaluare psihiatrică, s-a întâlnit dimineaţa cu un medic psihiatru, în timp ce părinţii săi se întâlneau, separat, cu un asistent social, într-o altă clădire. Tânărul a început prin a povesti că nu a fost capabil să-şi păstreze un serviciu. El a devenit dintr-odată extrem de anxios, nefiind sigur unde erau părinţii săi. Psihiatrul i-a explicat pacientului că aceştia erau cu asistentul social, în clădirea alăturată. Pacientul l-a întrebat pe psihiatru dacă poate folosi telefonul său pentru a-i contacta pe părinţi. Psihiatrul a observat, în tăcere, faptul că anxietatea pacientului, referitoare la locui în care se aflau părinţii săi, a apărut imediat după ce acesta i-a povestit despre incapacitatea de a păstra un serviciu. El l-a întrebat pe pacient dacă exista o legătură între cele două probleme. După ce a reflectat, pacientul a recunoscut că atunci când se afla departe de părinţii săi, la serviciu, îi era teamă că acestora li se putea întâmpla ceva rău. Acest schimb de replici a condus la o discuţie productivă legată de îngrijorarea pacientului, care considera că a creşte şi a deveni independent ar putea fi distructiv pentru părinţii săi.

Datorită rolului central jucat de teoria dezvoltării în psihiatria dinamică, o istorie a dezvoltării trebuie să facă parte dintr-o evaluare dinamică completă. A fost pacientul rezultatul unei sarcini nedorite? S-a născut cumva pacientul după moartea unui frate mai mare? A parcurs pacientul etapele de dezvoltare, cum ar fi vorbitul, ridicatul în şezut şi umblatul, la vârstele corespunzătoare? Au existat separări traumatizante sau pierderi în timpul anilor în care s-a format? Obţinerea unor astfel de informaţii preţioase necesită, deseori, realizarea unor interviuri cu părinţii şi alţi membri ai familiei – fie de către psihiatru, fie de către un asistent social asociat cu psihiatrul. În mod evident, pacienţii nu-şi vor putea aminti anumite evenimente semnificative din copilărie şi vor deforma altele.

În ciuda memoriei imperfecte legate de evenimentele din trecut, pacienţii trebuie totuşi antrenaţi în trecerea în revistă a dezvoltării din timpul copilăriei şi adolescenţei. Un principiu fundamental al interviului dinamic este că trecutul se repetă în prezent. Pentru a-l înscrie pe pacient ca un colaborator în procesul diagnostic, clinicianul trebuie să trezească interesul pacientului faţă de legăturile dintre evenimente din trecut şi sentimente din prezent. O varietate de întrebări deschise ajută la stabilirea unei colaborări: „Anxietatea pe care o trăiţi astăzi vă reaminteşte de sentimente pe care le-aţi avut la un moment dat în trecut?” „Au existat evenimente în copilărie care să fi contribuit la sentimentul dumneavoastră, ca adult, că nu se poate avea încredere în femei?” „Problemele dumneavoastră conjugale prezente au asemănări cu probleme pe care le-aţi avut în alte relaţii din trecut?”. Pe măsură ce pacientul începe să colaboreze în vederea căutării unor legături dintre trecut şi prezent, examinatorul trebuie să noteze evenimente şi perioade speciale, din trecut, care par importante pentru pacient. În

mod similar, omisiuni evidente legate de istoria dezvoltării sunt de asemenea de notat. De exemplu, pacientul se concentrează cumva exclusiv asupra unui părinte, considerat drept cauza tuturor problemelor prezente, şi omite orice referinţă legată de celălalt părinte? Care este apartenenţa culturală şi religioasă a pacientului? Cum influenţează aceşti factori relaţiile familiale şi acceptarea problemelor emoţionale?

După câteva minute de întrebări deschise, care au menirea de a facilita o relatare liberă a bolii prezente, precum şi a problemelor familiale şi de dezvoltare, psihiatrul poate umple golurile prin întrebări mai specifice şi mai directe. Acestea pot fi adaptate unui diagnostic descriptiv (de ex., simptome specifice necesare pentru diagnosticul DSM-IV-TR American Psychiatric Association, 2000, informaţii legate de durata bolii, excluderea altori boli) sau pot fi direcţionate către un diagnostic dinamic mai complet (de ex., traumatisme specifice dezvoltării, modalităţi de relaţionare sau fantasme recurente şi reverii). Pe măsură ce pacientul umple golurile, psihiatrul de orientare dinamică poate începe să formuleze ipoteze, care să lege relaţiile din trecutul pacientului cu relaţiile prezente şi cu paradigme transferenţiale care sunt pe cale să apară (Menninger, 1958). Cu alte cuvinte, în ce mod creează repetarea modelelor de relaţionare din trecut probleme în prezent?

Axa IV din DSM-IV-TR impune luarea în considerare a factorilor stresanţi, în evaluarea diagnostică a pacientului. Evenimentele care precipită un episod al bolii sunt de o importanţă vitală atât pentru diagnosticul descriptiv, cât şi pentru cel dinamic. Totuşi grija acordată realizării istoricului este esenţială atunci când se evaluează Axa IV, întrucât pacienţii pot deforma amintirea lor legată de momentul apariţiei unui factor stresant, încercând să explice retrospectiv boala sau problemele lor ca fiind

atribuite în mod direct unui eveniment exterior (Andrews şi Tennant, 1978). De asemenea, psihiatrul de orientare dinamică trebuie să fie întotdeauna atent la semnificaţiile idiosincratice atribuite de către pacienţi evenimentelor stresante. Un eveniment stresant aparent minor poate avea o semnificaţie extraordinară pentru un anume pacient, determinând un impact major asupra capacităţii de funcţionare a pacientului.

Pacienţii pot totuşi oferi informaţii importante din punct de vedere dinamic, referitoare la modul în care ei percep conexiunile dintre evenimente şi simptome. Din nou însă, examinatorul trebuie să ia în considerare felul în care problemele din trecut sunt evocate de către evenimentele stresante din prezent. O directoare a dezvoltat o anxietate marcată după ce a fost promovată. Ea a identificat promovarea drept factor stresant, dar nu a putut determina de ce aceasta i-a provocat anxietate, întrucât îşi dorise noua poziţie timp de câţiva ani. În timpul interviului, pacienta a făcut referiri frecvente la sora ei mai tânără, care era divorţată şi îşi creştea cei doi copii, având un serviciu banal. Explorarea mai aprofundată a rivalităţii importante dintre cele două surori, care a existat de-a lungul copilăriei, a arătat că anxietatea pacientei era legată de sentimente de vinovăţie. Ea era convinsă că propria ei promovare era distructivă pentru sora ei. Aceste sentimente erau în concordanţă cu dorinţa ei din copilărie de a triumfa în faţa surorii ei şi de a fi singurul copil în ochii părinţilor lor.

Holmes şi Rahe (1967) au dezvoltat o scală care ierarhizează severitatea stresului în anumite situaţii care pot fi întâlnite în viaţă. Deşi astfel de scale pot ajuta la obţinerea unui consens în privinţa estimării efectelor consecutive anumitor evenimente de viaţă, psihiatrul de orientare dinamică trebuie să abordeze fiecare pacient ca pe un individ ionic şi să nu presupună *a priori* că un

anumit eveniment de viaţă are o singură semnificaţie specifică. De exemplu, un tânăr a reacţionat faţă de moartea tatălui său cu un sentiment de eliberare, simţindu-se în sfârşit liber să-şi urmeze cariera, fără să fie mereu criticat. Astfel, evenimentul stresant a avut ca rezultat ameliorarea performanţei şcolare şi o creştere globală a funcţionării.

În plus, examinatorul trebuie să ia în considerare că anumiţi factori stresanţi pot opera la un nivel inconştient, împiedicând pacientul să identifice orice eveniment precipitant, atunci când este rugat s-o facă. Unul dintre rolurile interviului poate fi acela de a lucra împreună pentru a determina dacă anumiţi factori stresanţi au fost trecuţi cu vederea. Reacţiile legate de aniversări, de exemplu, sunt factori stresanţi comuni, pe care pacientul poate să-i neglijeze. O pacientă cu depresie cronică a dezvoltat acut idei de suicid la comemorarea sinuciderii fratelui său. În alt caz, un medic cu o căsătorie fericită a început să considere că are probleme maritale aparent fără motiv, drept care a cerut sfatul unui coleg psihiatru. În timpul convorbirii lor telefonice, medicul a realizat brusc faptul că a sunat în ziua când se împlineau zece ani de la divorţul său de soţia anterioară. Acest insight i-a indicat că furia prezentă, reflectată asupra soţiei actuale, era parţial legată de relaţia furtunoasă cu prima soţie.

3.1.4 Examinarea stării psihice

Asemeni psihiatrului descriptiv, psihiatrul de orientare dinamică este interesat de datele referitoare la starea psihică, însă abordează informaţia oarecum diferit. În primul rând, în măsura în care este rezonabil şi posibil, el preferă să însereze întrebările despre starea psihică, firesc, în cadrul interviului, în loc să le adauge la sfârşit într-o listă de întrebări formale (Mackinnon şi Michels,

1971). Deşi anumite întrebări specifice referitoare la starea psihică trebuie, în mod evident, adăugate interviului, dacă ele nu apar pe parcursul acestuia, este preferabil să se minimizeze examinarea formală a stării psihice. Când aceste întrebări sunt înglobate în interviu, pacientul priveşte distorsiunile de percepţie, gândire şi afect ca făcând parte dintr-un context semnificativ. Mai mult, în determinarea conexiunilor dintre astfel de distorsiuni şi boală, pacientul devine mai implicat, fiind mai degrabă un colaborator decât tui interlocutor pasiv, care răspunde la întrebări.

Orientarea şi percepţia

Orientarea pacientului în timp, în spaţiu şi la persoană este deseori evidentă, pe parcursul realizării istoricului. A pune întrebări specifice referitoare la orientarea unei persoane care este, evident, bine orientată, este posibil să perturbe relaţia doctor-pacient. Vigilenţa crescută este, de asemenea, o stare care se va revela de la sine, fără să fie necesare întrebări directe. Tulburări semnificative ale percepţiei, ca halucinaţiile auditive sau vizuale, vor fi deseori evidente de la începutul interviului, când pacientul este întrebat de ce s-a apelat la un tratament psihiatric. Totuşi psihiatrul de orientare dinamică doreşte mai multe informaţii, în afară de prezenţa sau absenţa halucinaţiilor. Dacă un pacient aude voci, psihiatrul doreşte să ştie ce spun vocile, în ce situaţii apar, cu ce voci seamănă şi ce înseamnă aceste voci pentru pacient. Un pacient cu schizofrenie paranoidă îl auzea întotdeauna pe tatăl său spunându-i că nu va reuşi niciodată nimic. Halucinaţiile lui se corelau cu experienţele din copilărie, când nu izbutea niciodată să facă suficient pentru a-l mulţumi pe tatăl său.

Gândirea

Prezenţa unei tulburări formale de gândire va fi de obicei evidentă din acea parte a interviului referitoare la

istoric. După cum s-a amintit anterior, chiar asociaţiile care sunt mai slab legate sunt conectate idiosincratic în mintea pacientului. Sarcina examinatorului constă în înţelegerea naturii acestor conexiuni. Ideile delirante pot fi, de asemenea, mai uşor obţinute prin întrebări deschise, referitoare la istoricul pacientului, decât prin întrebări referitoare la „credinţe false”. Prezenţa sau absenţa ideilor delirante este doar o parte a evaluării psihodinamice; semnificaţia şi funcţia lor sunt la fel de relevante. Ideile delirante de grandoare ale pacientului paranoid pot avea rolul de a compensa sentimentele devastatoare de autostimă scăzută.

Întrucât tulburările de gândire afectează limbajul şi comunicarea, psihiatrul trebuie, de asemenea, să fie atent la actele ratate, la scăpări, care sunt indicii legate de activitatea inconştientului. O femeie gravidă al cărei obstetrician a trimis-o la un consult psihiatric era reticentă faţă de acest demers şi la un moment dat a exclamat: „Nu vreau să fiu un părinte psihiatric… adică pacient psihiatric!”. Psihiatrul care a examinat-o a tras concluzia, în urma acestui act ratat, că pacienta era foarte ambivalenţă în legătură cu a deveni mamă.

Modul în care un pacient răspunde la întrebări poate oferi multe indicii referitoare la tipul de caracter inconştient. Pacientul obsesiv-compulsiv poate răspunde la întrebări cu o grijă excesivă faţă de detalii, cerându-i frecvent examinatorului să explice anumite informaţii pe care acesta le-a cerut. În contrast, pacientul histrionic poate fi atât de neinteresat de detalii, încât să dea răspunsuri vagi, care frustrează examinatorul. Pacientul pasiv-agresiv poate provoca apariţia furiei în examinator, cerând repetarea întrebărilor şi în general împiedicând încercările de obţinere a datelor referitoare la istoric. Pacientul paranoid poate suspecta, în mod repetat, existenţa unor înţelesuri ascunse în întrebări, punând

astfel examinatorul în defensivă.

Este esenţial, în orice evaluare psihiatrică, să se determine prezenţa sau absenţa ideaţiei suicidare. Pacienţii suicidari trebuie întrebaţi direct dacă au un plan de suicid şi dacă au un sistem de susţinere, alcătuit din persoane cărora să li se poată adresa, înainte de a acţiona impulsiv. Evaluarea psihodinamică ar trebui să discearnă semnificaţia ideilor suicidare. Există fantasma unei reuniri cu o persoană iubită decedată? Este suicidul un act de răzbunare desemnat să rănească pe altcineva, aşa cum acea persoană l-a rănit odată pe pacient? Are suicidul realmente scopul de a omorî reprezentarea unui obiect intern pe care îl urăşte şi de care îi este teamă? Dintre multiplele posibile soluţii la problemele pacientului, de ce se impune suicidul?

Afectul

Observaţiile legate de stările emoţionale ale pacientului constituie o mină de aur de informaţii referitoare la mecanismele de apărare. La urma urmei, managementul afectului constituie una dintre cele mai importante funcţii ale apărărilor. Pacienţii care descriu evenimente extrem de dureroase din viaţa lor, fără să fie câtuşi de puţin emoţionaţi, este posibil să utilizeze izolarea afectului. Pacienţii hipomaniacali, care susţin că sunt întotdeauna bine dispuşi şi care simt neobişnuit de joviali cu examinatorul, ar putea utiliza negarea, pentru a se apăra împotriva sentimentelor de durere şi furie. Pacienţii borderline care îşi exprimă dispreţul şi ostilitatea faţă de figurile importante din viaţa lor ar putea utiliza clivajul, pentru a împiedica orice integrare a sentimentelor bune şi rele faţă de ceilalţi. Trebuie evaluată, de asemenea, dispoziţia, o subcategorie a afectului care reprezintă un sentiment intern susţinut. Examinarea dispoziţiei, împreună cu un pacient, arată deseori că aceasta este legată de reprezentări semnificative de Sine sau de obiect.

Activitatea în cursul interviului clinic, prin intermediul limbajului nonverbal se comunică o multitudine de informaţii. Ce subiecte extrem de sensibile au dus la starea de nelinişte motorie a pacientului? Care sunt subiectele care provoacă tăcere? Ce subiecte îl determină pe pacient să întrerupă contactul vizual cu examinatorul? În ciuda faptului că pacienţii încearcă să ascundă date esenţiale faţă de psihiatrul care îi examinează, limbajul lor nonverbal îi va trăda mereu. Freud a făcut următoarea observaţie în 1905:

Când mi-am propus să scot la lumină ceea ce fiinţele umane ascund înăuntrul lor, nu prin puterea coercitivă a hipnozei, ci prin observarea a ceea ce spun şi a ceea ce arată ei, am considerat această sarcină mai grea decât este în realitate. Acela care are ochi să vadă şi urechi să audă se poate convinge că niciun muritor nu poate ţine un secret. Dacă buzele lui sunt pecetluite, el conversează cu degetele; trădarea se scurge încet, din el, prin fiecare por. Şi astfel, sarcina de a conştientiza cele mai ascunse cotloane ale psihicului este o sarcină care poate fi îndeplinită (Freud, 1905/1953, pp. 77 – 78).

Aşa cum sugerează Freud, unul dintre cele mai „regale drumuri" către observarea inconştientului este limbajul nonverbal. Relaţiile din perioada ataşamentului timpuriu sunt internalizate şi înscrise ca memorie implicită (Amâni et al., 1996; Gabbard, 1997). Ceea ce se dezvăluie în relaţia cu terapeutul este modalitatea obişnuită a pacientului de a se relaţiona cu obiectul, influenţată de relaţiile de ataşament timpuriu, iar o mare parte din modalitatea de relaţionare este de natură nonverbală. Pacienţii care, de exemplu, stabilesc greu contactul vizual au un comportament deferent, folosesc puţine gesturi, au

un mod ezitant de a vorbi, îi spun clinicianului mult despre inconştientul lor, relaţiile internalizate de obiect şi modul în care se relaţionează cu alţii în afara interviului clinic.

3.1.5 Testarea psihologică

Testele psihologice proiective, în principal Rorschach şi Testul apercepţiei tematice, pot fi extraordinar de utile în completarea evaluării psihodinamice. Testul Rorschach constă din 10 cartoane cu pete simetrice de cerneală, care reprezintă pentru pacient stimuli ambigui, în faţa acestei ambiguităţi, pacienţii vor dezvălui mult despre ei înşişi, prin interpretarea formelor amorfe ale petelor de cerneală. Există ghiduri foarte sofisticate pentru interpretările Testului Rorschach, care au sistematizat răspunsurile conform unei înţelegeri diagnostice psihodinamice a pacientului (Kwawer et al., 1980; Rapaport et al., 1968; Schäfer, 1954).

Testul apercepţiei tematice operează conform unui principiu similar. O serie de desene sau gravuri reprezentând persoane şi situaţii, cu grade variate de ambiguitate, le permite pacienţilor o varietate de interpretări. Pacienţilor li se cere să inventeze o poveste pentru a descrie fiecare desen. Inventând aceste poveşti, pacienţii îşi proiectează propriile fantasme, dorinţe şi conflicte asupra desenelor. Testele proiective sunt utile în special pentru pacienţii care sunt reţinuţi şi laconici pe parcursul interviului psihiatric, neîmpărtăşindu-i viaţa sa interioară, în mod liber, psihiatrului. Totuşi numeroşi pacienţi vor dezvălui atât de multe despre ei înşişi, în cadrul interviului clinic, încât testarea psihologică nu mai este o completare necesară.

3.2 Examenul fizic şi neurologic

Din motive evidente, starea fizică şi neurologică a pacientului este la fel de importantă pentru psihiatrul de orientare dinamică precum este şi pentru psihiatrul descriptiv. „Cutia craniană este legată de coloana cervicală”, aşa încât orice merge prost în corp va afecta creierul – şi viceversa. Dacă evaluarea are loc într-un spital, psihiatrul de orientare dinamică poate alege să efectueze sau nu el însuşi examenul fizic şi neurologic. Dacă evaluarea are loc într-un cabinet particular, majoritatea psihiatrilor de orientare dinamică preferă ca un internist să facă examenele respective. Indiferent cine face examenul fizic, explorarea semnificaţiei acestuia este de obicei benefică, atât din perspectiva transferului, cât şi din perspectiva fantasmelor pacientului referitoare la propriul corp. În oricare dintre cazuri, nicio evaluare, fie ea descriptivă sau dinamică, nu este completă fără aceste date.

3.3 Diagnosticul psihodinamic

La sfârşitul evaluării psihodinamice, clinicianul trebuie să pună un diagnostic descriptiv (bazat pe criteriile DSM-IV-TR) şi un diagnostic psihodinamic (bazat pe înţelegerea pacientului şi a bolii). Deşi ambele diagnostice oferă informaţii necesare planului terapeutic, diagnosticul descriptiv vizează punerea unei etichete corecte, pe când diagnosticul psihodinamic este văzut ca suma unei înţelegeri care merge mai departe decât eticheta.

Diagnosticul descriptiv ajută clinicianul să planifice intervenţiile farmacologice adecvate. Diagnosticul dinamic poate facilita înţelegerea clinicianului referitor la ce reprezintă tratamentul medicamentos pentru pacient şi măsura în care complianţa la acest tratament ar putea fi o

problemă.

În acest context vreau să subliniez că utilitatea unui diagnostic dinamic nu este limitată la pacienţii cărora li se recomandă ca tratament psihoterapia dinamică. Abordarea terapeutică a personalităţii pacientului face parte din orice tratament psihiatric şi trebuie întotdeauna luată în considerare în cadrul planului terapeutic (Perry et al., 1987).

O parte din diagnosticul dinamic implică înţelegerea modului în care cele cinci axe ale DSM-IV-TR interacţionează şi se influenţează reciproc, întrucât orice boală se dezvoltă dintr-o personalitate preexistentă, trebuie luat în considerare modul în care diagnosticul personalităţii de pe Axa 13 contribuie la sindromul de pe Axa I. Indivizii obsesiv-compulsivi, de exemplu, se decompensează deseori sub forma unui episod depresiv major. Clinicienii trebuie astfel să evalueze modul în care Supraeul rigid şi cu pretenţii mari al structurii de personalitate de tip obsesiv-compulsiv contribuie la caracteristica depresiei de dezgust faţă de sine. Acest aspect al diagnosticului nu va înlocui contribuţiile factorilor biochimici şi genetici la apariţia depresiei, ci va acţiona sinergie pentru a oferi o înţelegere mai completă a pacientului şi a bolii. În mod similar, un diagnostic pe Axa în de carcinom de pancreas poate contribui la apariţia unui episod depresiv major diagnosticat pe Axa I, pe o bază biologică, dar reacţia psihologică a pacientului la diagnosticul de cancer poate fi un alt factor care să contribuie la depresie. Pacientul care este diagnosticat cu tulburare de personalitate narcisică pe Axa II şi tulburare de panică pe Axa I s-ar putea să nu dorească un tratament medicamentos pentru tulburarea de panică, întrucât ideea de a suferi de o tulburare psihiatrică majoră constituie o rănire narcisică pe care nu o poate tolera.

Aşa cum am descris anterior în acest capitol, factorii

stresanţi de pe Axa IV – atât factorii precipitanţi, evidenţi, conştienţi, cât şi cei ascunşi, inconştienţi – trebuie de asemenea evaluaţi în diagnosticul dinamic. În sfârşit, este util să se evalueze modul în care ceea ce s-a constatat la nivelul celorlalte patru axe afectează Axa V, adică nivelul de funcţionare. Severitatea afectării funcţionale a pacientului este explicată de diagnosticul pe Axa I s-au trăsăturile caracterologice de pe Axa II contribuie la o afectare a funcţionării mai accentuată decât ar fi justificată prin diagnosticul Axei I? Un diagnostic psihodinamic complet implică, de asemenea, evaluarea pacientului din una sau mai multe dintre cele patru perspective teoretice majore, discutate în Capitolul 2: psihologia Eului, teoria relaţiilor de obiect, psihologia Sinelui şi teoria ataşamentului.

3.3.1 Caracteristicile Eului

Se poate învăţa foarte mult despre punctele tari ale Eului din istoricul pacienţilor referitor la traseul profesional şi modalităţile de relaţionare. Cei care au fost capabili să menţină un serviciu şi să stabilească relaţii în care să se implice, pentru perioade rezonabile de timp, este posibil să aibă un Eu mai flexibil decât cei care nu au reuşit.

Evaluarea unor funcţii-cheie ale Eului (Bellak et al., 1973) poate ajuta psihiatrii să înţeleagă punctele tari şi cele slabe ale pacientului, ceea ce le premite să stabilească planul terapeutic. Are pacientul capacitatea de a testa realitatea? Are el capacitatea de a distinge ceea ce este intern de ceea ce este extern sau are o tulburare de percepţie persistentă, de intensitate psihotică? Este capacitatea pacientului de a testa realitatea intactă în situaţiile structurate, dar alterată în situaţiile nestructurate? Care este capacitatea pacientului de a

controla impulsurile? Există suficientă tărie a Eului pentru a amâna descărcarea impulsurilor sau pacientul este condus de impulsuri până la a constitui un pericol pentru alţii sau pentru sine? Judecata este o altă funcţie a Eului care trebuie evaluată. Poate pacientul să anticipeze adecvat consecinţa acţiunilor sale?

În planificarea celei mai propice forme de psihoterapie, psihiatrii trebuie să determine şi în ce măsură pacientul are o gândire orientată psihologic. Pacientul vede problemele ca având o origine internă sau sunt toate dificultăţi externalizate şi atribuite celorlalţi din mediu? Poate pacientul sintetiza şi integra diferite frânturi de informaţii şi reflecta asupra legăturii dintre ele, ea să ajungă la explicaţii semnificative pentru simptomele şi dificultăţile sale interpersonale? Pacientul gândeşte în metafore şi analogii care să-i permită să facă legături între diferitele niveluri de abstractizare? Toate aceste consideraţii ajută la evaluarea capacităţii pacientului de a gândi în termeni psihologici.

O mare parte din evaluarea Eului este centrată pe funcţionarea defensivă a acestuia. Pentru cadrul psihanalitic, Waelder (I960) a dezvoltat o serie de întrebări care se adresează operaţiunilor defensive ale pacientului. Aceleaşi întrebări ar putea fi adaptate evaluării psihodinamice: „Care sunt dorinţele pacientului? Ce doreşte pacientul (în mod inconştient)? Şi de ce se teme?... Şi când îi este teamă, ce face?" (pp. 182 – 183). Pine (1990) a adus câteva întrebări adiţionale pentru a evalua relaţia dintre pulsiuni şi răspunsurile Eului la pulsiuni:

Ce dorinţă este exprimată? Care este relaţia dintre dorinţă şi conştient? Care este fantasma? Şi cum reflectă aceasta lui compromis între dorinţă şi apărare şi realitate? Cum se apără împotriva dorinţei? Şi cât de eficientă/adaptativă este

apărarea? Poate fi legată anxietatea respectivă de o dorinţă sau alta, faţă de care apărarea nu a fost eficientă? Şi poate fi vina respectivă înţeleasă în termeni de operare a conştiinţei în raport cu o dorinţă sau alta? (pp. 44 – 45)

Pine a sugerat, de asemenea, că ar trebui evaluat şi caracterul, într-o manieră similară, luând în considerare stilurile de apărare caracteristice pacientului, care sunt exprimate ca modalităţi de funcţionare egosintonice. Mecanismele de apărare pot fi, de asemenea, evaluate pe o axă continuă de la imaturitate până la maturitate, descrisă în Capitolul 2. Pacientul care este capabil să utilizeze represia şi umorul într-o situaţie dificilă arată o mult mai mare tărie a Eului decât pacientul care recurge ia clivaj şi identificare proiectivă în aceeaşi situaţie.

Determinarea legăturii dintre Eu şi Supraeu este o altă parte vitală a evaluării psihologice a Eului. Este Supraeul un supervizor rigid şi necruţător al Eului sau există flexibilitate şi armonie în relaţia dintre Supraeu şi Eu? Pacientul îmbrăţişează idealuri realiste sau este condus de scopuri fantastice şi de neatins? Există tendinţe antisociale în pacient, caracterizate printr-un Supraeu absent sau insuficient dezvoltat? Răspunsurile la aceste întrebări pot, de asemenea, oferi indicii referitoare la experienţele pacientului din copilărie legate de figurile parentale, întrucât Supraeul este o reprezentare internalizată a acelor figuri.

3.3.2 Relaţiile de obiect

Ca un rezultat final al evaluării psihodinamice, clinicianul are informaţii referitoare la relaţiile interpersonale ale pacientului în trei contexte: relaţiile din copilărie, aspectele reale şi transferenţiale ale relaţiei

dintre pacient şi examinator şi relaţiile actuale din afara relaţiei doctor-pacient. Natura acestor relaţii îi oferă psihiatrului multe informaţii referitoare la poziţia pacientului în familie şi sistemele sociale. Este totuşi nevoie, în continuare, de o evaluare a modului în care relaţiile familiale ale pacientului influenţează dezvoltarea tabloului clinic care îl aduce pe pacient la psihiatru. Tabloul simptomatic al unui pacient adolescent reflectă problemele conjugale ale părinţilor? Cu alte cuvinte, serveşte oare pacientul drept „purtător” al bolii pentru întreaga familie?

Informaţiile despre relaţiile interpersonale ale pacientului spun, de asemenea, multe despre natura relaţiilor interne de obiect ale acestuia. Un interviu cu membrii familiei şi alte persoane semnificative poate ajuta la determinarea gradului inerent de distorsiune al modului în care pacientul percepe celelalte relaţii. Anumite modele, uşor de identificat, par să se regăsească în toate relaţiile. De exemplu, pacientul pare să ajungă întotdeauna să fie un partener masochist într-o relaţie sado-masochistă? Pacientul are mereu grijă de alţii, care funcţionează mai puţin bine şi au mai multă nevoie de îngrijire? Pine (1990) a formulat o serie de întrebări orientate specific asupra relaţiilor de obiect, care pot fi adaptate de clinician pe parcursul interviului:

Care dintre vechile relaţii de obiect se repetă? Şi care dintre rolurile din relaţia de obiect este pus în act de către subiect (pacient) – al lui însuşi sau al celuilalt? Sau ambele? Pacientul se poartă ca persoana care era atunci? Care voia să fie, în ochii părinţilor? Care voiau ei să fie? Sau aşa cum erau ei? Aşa cum dorea el ca ei să fie? Şi ce experienţe timpurii, pasive, se repetă în mod activ? (p. 47)

Determinarea nivelului de maturitate al relaţiilor de obiect este o parte integrală a acestei evaluări. Pacientul îi vede pe ceilalţi în mod ambivalent, ca obiecte întregi, cu însuşiri bune şi rele? Sau, din contră, pacientul îi priveşte pe ceilalţi fie ca idealizaţi (doar buni), fie ca devalorizaţi (doar răi)? Pacientul îi vede pe ceilalţi ca obiecte parţiale, care satisfac anumite nevoi şi care servesc doar o anumită funcţie pentru pacient, sau mai degrabă ca persoane separate, cu nevoi şi griji proprii? În sfârşit, ce se poate şti despre constanţa obiectului? Poate pacientul tolera situaţia de a fi despărţit de persoanele semnificative, prin evocarea unei imagini interne liniştitoare a persoanei care îi lipseşte?

3.3.3 Şinele

O evaluare dinamică exhaustivă trebuie să ia în considerare câteva aspecte ale Sinelui pacientului. În cadrul larg al psihologiei Sinelui, psihiatrii ar trebui să examineze durabilitatea şi coeziunea Sinelui. Este acesta înclinat către fragmentare ca răspuns la cea mai mică ofensă din partea unui prieten sau coleg? Are nevoie pacientul să fie mereu în lumina reflectoarelor şi să primească răspunsuri încurajatoare de la obiectele Sinelui? Maturitatea obiectelor Sinelui pacientului ar trebui, de asemenea, evaluată. Simt oare satisfăcute nevoile obiectelor Sinelui pacientului printr-o relaţie reciproc mulţumitoare, în contextul unui angajament pe termen lung?

Pe lângă stima de sine, psihiatrul trebuie să evalueze şi continuitatea Sinelui pacientului. Pacientul este aproape acelaşi de-a lungul timpului, indiferent de circumstanţele exterioare sau există o dispersare generalizată a identităţii? După cum sublinia Horowitz (1997), fără un sentiment al coerenţei şi continuităţii Sinelui, un individ

riscă mai mult să dezvolte simptome şi să prezinte schimbări bruşte ale stării psihice. Horowitz indica, de asemenea, că sentimentul coerenţei Sinelui este mai mult decât un stil interpersonal – include integritatea şi virtuţile caracterului unei persoane. Dovezi ale dispersării identităţii ar indica faptul că diferite reprezentări ale Sinelui, despărţite una de cealaltă, sunt mereu în concurenţă, în încercarea de a domina întreaga personalitate. Diferite reprezentări ale Sinelui pot apărea, în mod evident, în legătură cu diferite reprezentări de obiect, care sunt în mare măsură influenţate de contextul interpersonal, la un moment dat. Limitele Sinelui sunt şi ele importante. Poate pacientul să diferenţieze în mod clar propriul conţinut psihic de cel al altora sau avem de-a face cu o neclaritate generală a limitelor obiectului Sinelui? Un aspect legat de acest fapt este şi percepţia corporală a pacientului. Are pacientul sentimentul că Urnitele sale corporale sunt intacte sau se simte nevoit să recurgă periodic la automutilare pentru a defini limita epidermei? Psihicul şi corpul sunt percepute ca fiind conectate de-a lungul timpului sau există episoade de depersonalizare ori experienţe în care pacientul se simte în afara corpului, iar psihicul pare să fie independent de corp?

3.3.4 Modalităţile de ataşament şi mentalizarea

Clinicianul este atent la modalităţile de ataşament şi speră să înţeleagă modelele operaţionale interne ale pacientului, în conformitate cu tipurile familiare de ataşament adult: 1) sigur/autonom, 2) nesigur/ evitant, 3) preocupat şi 4) nehotărât/dezorganizat (vezi Capitolul 2). În cadrul unei cercetări, examinatorii aplică, de obicei, Inventarul ataşamentului adult, care este un interviu semistructurat, compus din 15 întrebări referitoare la modul în care subiectul i-a perceput pe părinţi sau pe

îngrijitori, în copilărie, precum şi la influenţa lor asupra subiectului ca adult (Gullestad, 2003). În anumite privinţe, acesta este echivalentul, pentru adulţi, al Situaţiei stranii (Stein et al., 1998). Aplicarea acestui instrument necesită multă pregătire şi un manual de înregistrare a scorurilor. În clinica, examinatorul trebuie doar să fie atent la modele şi să ia în considerare modul în care experienţele din copilărie au contribuit la formarea relaţiilor la adult. În plus, clinicienii pot să evalueze în ce măsură dificultăţile din ataşamentul timpuriu au permis sau, din contră, au afectat capacitatea de mentalizare. Când copiii au un ataşament sigur, ei dezvoltă capacitatea de a înţelege oamenii din perspectiva sentimentelor, dorinţelor, credinţelor şi expectaţiilor lor (Fonagy, 2001). În cazurile în care copiii au suferit psihotraume sau au fost neglijaţi, ei au tendinţa să-şi restrângă gândirea şi nu îndrăznesc să-şi imagineze ce este în mintea părintelui sau a îngrijitorului. Această reacţie defensivă poate afecta capacitatea de mentalizare (Fonagy, 2001).

3.3.5 Formularea psihodinamică

Diferitele elemente enumerate în discuţia anterioară constituie baza formulării psihodinamice. Această ipoteză sau acest model de lucru ilustrează modul în care elementele interacţionează, pentru a crea tabloul clinic prezentat de pacient. Formulările psihodinamice trebuie integrate într-un context biopsihosocial (Gabbard, 2004). Există trei componente care formează fundamentul unei bune formulări psihodinamice (Sperry et al., 1992). Formularea ar trebui să înceapă cu una sau două propoziţii, care să descrie tabloul clinic şi factorul sau factorii de stres responsabili pentru precipitarea stării care a determinat solicitarea ajutorului specializat. A doua parte a formulării propune un set de ipoteze despre modul

în care factorii biologici, intra-psihici şi socioculturali contribuie la tabloul clinic. A treia componentă cuprinde o scurtă explicaţie despre felul în care primele două laturi ale formulării pot contribui la stabilirea tratamentului şi la evaluarea prognostică.

În construirea unei formulări psihodinamice trebuie implicate câteva principii de bază. În primul rând, factorii biologici pot fi genetici sau pot fi consecinţa unor influenţe din mediu, cum ar fi traumatisme timpurii sau leziuni craniene. În al doilea rând, factorii socioculturali pot include familia, religia, obiceiuri culturale sau chiar impactul imigrării. Unii pacienţi vor apărea mai tulburaţi într-o cultură nouă, decât ar fi fost în cultura lor de origine. Pierderea obiectelor iubirii, valorilor culturale, limbajului nativ şi mediului de origine poate determina un fenomen de „şoc cultural", care să compromită sever identitatea şi stima de sine a imigrantului şi să precipite un proces de doliu (Halperin, 2004). Deşi formularea are drept scop explicarea condiţiei pacientului, ea nu trebuie să explice totul. Ea trebuie să sublinieze succint principalele probleme şi în special relevanţa lor pentru planul terapeutic.

Cu unii pacienţi, un anumit model teoretic va avea o valoare explicativă mai mare decât celelalte două. Cu alţi pacienţi totuşi, mai multe perspective teoretice se pot dovedi utile în conceptualizarea diferitelor aspecte ale psihopatologiei pacientului. După cum am sugerat în Capitolul 1, clinicienii ar trebui să fie deschişi faţă de toate teoriile majore şi să adopte mai degrabă atitudinea de „atât/cât şi" decât cea de „orizon". Formularea ar trebui abordată înţelegând faptul că ea suferă o continuă modificare, pe măsură ce tratamentul acţionează. În psihiatria dinamică, diagnosticul şi tratamentul evoluează mereu împreună. Un exemplu de caz ilustrează aceste idei:

Dra A, o femeie singură, în vârstă de 33 de ani, care lucrează ca bibliotecar, s-a prezentat la spital în plin episod psihotic, cu trăsături paranoide. Ea era convinsă că mama ei plănuia s-o omoare şi se baricadase în apartamentul pe care îl împărţea eu fratele ei.

Când dra A s-a reorganizat după câteva doze de tratament antipsihotic, s-a dovedit a fi o persoană veselă, stil Pollyanna, făcând următorul comentariu: „Nu simt deloc furie în mine". A afirmat că se simte bine şi doreşte să meargă acasă. Mama ei a fost bucuroasă să o vadă „înapoi la normal", dar şi-a exprimat îngrijorarea, deoarece fratele drei A se afla încă în apartament. El îşi exploatase sora mutându-se cu ea, consumându-i mâncarea şi locuind fără să plătească chirie, în ultimele câteva săptămâni.

Conform mamei ei, dra A avea o existenţă izolată şi puţine contacte interpersonale, în afara unor relaţii superficiale la serviciu. Mai mult, mama pacientei a povestit că dra A avusese un alt episod psihotic, în urmă cu 18 luni, când fratele ei se mutase la ea, în aceleaşi condiţii. Mama pacientei a raportat şi un istoric familial de tulburare afectivă bipolară.

S-a efectuat următoarea formulare psihodinamică: dra A a moştenit o vulnerabilitate pentru tulburarea afectivă bipolară. Episoadele psihotice ciclice, cu aparenţă schizofreniformă, pot să fie o variantă de tulburare bipolară. După stabilizarea psihozei, psihiatrul putea lua în considerare profilaxia cu litiu sau alt stabilizator al dispoziţiei.

Atunci când dra A nu este psihotică, adaptarea ei se realizează cu preţul unei negări masive a tuturor sentimentelor negative, în special furia, rezultând o existenţă schizoidă. Stresul de a-şi găzdui fratele, care trăieşte ca un parazit în apartamentul ei, provoca o asemenea furie în dra A, încât ea nu-şi mai putea menţine postura defensivă uzuală. Sub presiunea acestui afect intens, ea regresa în poziţia paranoid-schizoidă, în care o reprezentare inacceptabilă a Sinelui, care nutreşte furie şi sentimente criminale, a fost clivată şi proiectată asupra mamei sale. După remisiunea psihozei sub tratament medicamentos, ea a reintroiectat reprezentarea Sinelui care a fost încă o dată îngropată sub negare.

Pacienta nu are capacitatea de a gândi în termeni psihologici pentru a vedea problemele, cărora să li se adreseze într-un proces terapeutic explorator. Este necesară o intervenţie sau o terapie familială pentru a înlătura factorul stresant (i.e...

fratele) şi pentru a-i permite drei A să revină la adaptarea sa anterioară. Se recomandă urmarea unui tratament medicamentos şi psihoterapie suportivă, astfel încât dra A să-şi menţină apărările şi să poată fi identificaţi alţi potenţiali factori stresanţi. Putem anticipa şi alte probleme legate de complianţa la tratament, dacă fratele ei se întoarce.

Deşi este conceput ca o formulare psihodinamică, acest exemplu este în acord cu modelul psihiatric biopsihosocial propus de Engel (1977), Fink (1988) et al., întrucât ia în considerare predispoziţia genetică,

influenţele socio-familiale şi factorii intra-psihici.

3.4 Concluzii

Tabelul 3 – 1 cuprinde paşii implicaţi într-o evaluare psihodinamică exhaustivă. În analiza finală, scopul evaluării este de a oferi informaţii şi a orienta planul terapeutic global. Cazul drei A ilustrează modul în care un diagnostic psihodinamic şi în special o formulare psihodinamică pot fi utile chiar şi atunci când psihoterapia dinamică este contraindicată. Tratamentul beneficiază totuşi de informaţii de natură psihodinamică. O evaluare a funcţiilor Eului poate contribui la decizia de a interna un pacient în spital sau de a-l trata ambulatoriu. De exemplu.

Tabel 3 – 1. Evaluarea psihodinamică.

Date legate de istoric

Boala prezentă, cu atenţie acordată asociaţiilor şi factorilor stresanţi cuprinşi în Axa IV

Istoricul, cu accent pe modul în care trecutul se repetă în prezent Istoria dezvoltării Istoria familială Contextul cultural/religios Examinarea stării psihice Orientare şi percepţie Gândire Afect Activitate

Teste psihologice proiective (dacă este necesar) Examenul fizic şi neurologic Diagnosticul psihodinamic

Diagnostic descriptiv DSM-IV-TR Interacţiuni între Axele I, II, IU, IV, V

Caracteristici ale Eului

Puncte tari şi puncte slabe Mecanisme de apărare şi conflicte Relaţia cu Supraeul Calitatea relaţiilor de obiect Relaţii familiale

Modele de transfer şi contratransfer Concluzii legate de relaţiile interne de obiect Caracteristici ale Sinelui

Stima de sine şi coeziunea Sinelui Continuitatea Sinelui Limitele Sinelui Relaţia psihic-corp Modele de ataşament/capacitatea de mentalizare Formularea psihodinamică, utilizând datele de mai sus

măsura în care un pacient îşi poate controla sau nu impulsurile poate fi o variabilă crucială în decizia dacă să fie internat imediat şi – dacă acesta este cazul – când va putea să fie externat acel pacient. O înţelegere psihodinamică a pacienţilor îi poate ajuta pe clinicieni să-şi dea seama dacă pacienţii vor accepta o recomandare pentru terapia de cuplu, comportamentală, familială sau de grup. În sfârşit, complianţa pacientului faţă de un anume tratament medicamentos poate fi afectată de trăsăturile specifice de caracter ale pacientului respectiv. Cazurile discutate în capitolele următoare arată cum pot fi folosite alte modele teoretice în dezvoltarea unei formulări şi modul în care evaluarea psihodinamică a pacientului orientează planificarea tratamentului.

4. Tratamente în psihiatria dinamică

Psihoterapia individuală

Competenţa în psihoterapie individuală este probabil marca unui psihiatru de orientare dinamică. Întrucât evoluează din psihanaliză, psihiatria dinamică subliniază,

în mod evident, nuanţele relaţiei terapeutice dintre psihoterapeut şi pacient. Considerente legate de spaţiu ne limitează la o scurtă trecere în revistă a principiilor generale derivate din vasta literatură asupra psihoterapiei individuale. Aplicaţii specifice ale acestor principii, în diferite tulburări, sunt demonstrate şi explicate în Secţiunile II şi HI ale acestui volum. Cititorii care sunt interesaţi de o discuţie mai amplă asupra psihoterapiei individuale ar trebui să consulte unul dintre textele exhaustive (Adler şi Bachant, 1998; Basch, 1980; Busch, 1995; Chessick, 1974; Dewald, 1964, 1971; Fromm-Reichmann, 1950; Gabbard, 2004; Luborsky, 1984; Mewieiams, 2004; Ogden, 1982; Roth, 1987).

4, 1 Continuum expresiv-suportiv

Psihoterapia modelată după principiile tehnice ale psihanalizei formale a fost denumită în diferite feluri: expresivă, dinamică, de orientare psihanalitică, orientată către insight, exploratorie şi intensivă, pentru a numi doar câteva. Această formă de tratament, concepută pentru a analiza apărările şi a explora transferul, a fost iniţial privită ca total diferita de psihoterapia suportivă. Aceasta din urmă, care este mai degrabă orientată către represia conflictului inconştient şi întărirea apărărilor, a fost considerată de către cei mai mulţi ca fiind inferioară terapiei expresive. Această tendinţă se reflectă în maxima câiniea după care s-au ghidat psihoterapeuţii de-a lungul anilor: „Fii cât poţi de expresiv şi cât trebuie de suportiv” (Wallerstein, 1986, p. 688).

Mai mulţi autori şi-au exprimat îngrijorarea referitor la această dihotomie tradiţională (Gabbard, 2004; Horwitz et al., 1996; Pine, 1976, 1986; Wallerstein, 1986; Werman, 1984; Winston et al., 2004). Una dintre problemele legate de această distincţie este implicarea că psihoterapia

suportivă nu ar fi de orientare psihanalitică. În practică, multe forme de psihoterapie suportivă sunt ghidate, pas cu pas, de înţelegerea psihanalitică. Mai mult, această dihotomie consideră psihoterapia expresivă şi psihoterapia suportivă ca fiind două entităţi clar distincte, pe când, în realitate, ele se regăsesc rareori undeva în formă pură (Wallerstein, 1986; Werman, 1984). În sfârşit, valoarea asociată cu prestigiul mai mare al psihoterapiei expresive sau psihanalizei a dus mereu la presupunerea că schimbarea obţinută în urma insight-ului sau a rezolvării conflictului intra-psihic este întrucâtva superioară celei obţinute prin tehnicile suportive. Nu există date solide care să susţină această presupunere; schimbările obţinute prin psihoterapia expresivă nu s-au dovedit a fi în niciun fel superioare sau mai durabile decât cele obţinute prin psihoterapia suportivă (Wallerstein, 1986).

La încheierea unui studiu impresionant, efectuat pe 42 de pacienţi trataţi în cadrul Proiectului de cercetare în psihoterapie al Fundaţiei Menninger, Wallerstein (1986), s-a arătat că toate formele de psihoterapie conţin un amestec de elemente expresive şi suportive şi că schimbările realizate de elementele suportive nu sunt deloc inferioare celor realizate de elementele expresive. În loc să privim psihoterapia expresivă şi psihoterapia suportivă ca două modalităţi distincte de tratament, ar trebui să considerăm că psihoterapia are loc pe un continuum expresiv-suportiv, ceea ce este mai apropiat de realitatea clinică şi de cercetarea empirică. Cu anumiţi pacienţi şi în anumite momente ale terapiei, aceasta va cuprinde mai multe elemente expresive, pe când cu alţi pacienţi şi în alte momente, terapia va impune o mai mare atenţie pentru elementele suportive. Aşa cum nota Wallerstein (1986), „orice terapie corectă este întotdeauna atât expresivă, cât şi suportivă (în feluri diferite), iar problema în orice moment şi în orice terapie ar trebui să

fie aceea de a exprima *cum* şi *când* şi de a susţine *cum* şi *când"* (p. 689).

Psihoterapia individuală adaptată la acest continuum ar fi cel mai bine denumită prin termenii de *expresiv-suportivă* sau *suportiv-expresivă.* Chiar şi psihanaliza, situată în extremitatea capătului expresiv al continuumului, conţine elemente suportive asociate structurii tratamentului şi colaborării dintre analist şi pacient, în vederea atingerii anumitor ţeluri (Luborsky 1984). În schimb, cele mai multe psihoterapii suportive, aflate la capătul opus al continuumului, oferă uneori insight şi înţelegere. Astfel, un terapeut de orientare dinamică eficient se va mişca, în mod flexibil, de-a lungul continuumului expresiv-suportiv, în funcţie de nevoile pacientului la un moment dat, în procesul psihoterapeutic.

Conceptul de continuum expresiv-suportiv oferă un cadru pentru evaluarea scopurilor, caracteristicilor şi indicaţiilor psihoterapiei individuale. Fiecare dintre aceste elemente se schimbă în funcţie de cum ne mişcăm de-a lungul continuumului.

4.2 Psihoterapia expresiv-suportivă 4.2.1 Scopuri

Din perspectivă istorică, insight-ul şi înţelegerea au fost întotdeauna considerate scopurile finale ale psihanalizei şi ale psihoterapiei derivate din principiile psihanalitice. Totuşi, după anii '50, a existat o tot mai largă acceptare a ideii că relaţia terapeutică în sine contribuie la vindecare, independent de rolul său de a oferi insight. Loewald (1957/1980) a arătat că procesul schimbării este „pus în mişcare nu doar prin abilităţile tehnice ale analistului, ci şi prin faptul că analistul se pune la dispoziţie pe el însuşi, pentru dezvoltarea unei noi «relaţii de obiect» între pacient şi analist" (p. 224).

Deşi majoritatea terapeuţilor psihanalişti au ca scop atât insight-ul, cât şi relaţia terapeutică, există variaţii în ceea ce priveşte importanţa atribuită fiecărei dimensiuni. Unii se concentrează mai mult pe rezolvarea conflictului prin interpretare, pe când alţii subliniază importanţa dezvoltării autenticităţii sau a „adevăratului Sine” (Winnicott 1962/1976). Unii terapeuţi sunt mai ambiţioşi în privinţa rezultatelor terapeutice; alţii consideră procesul psihoterapeutic ca o căutare a adevărului despre propria persoană (Grinberg, 1980). Iar alţii consideră că scopul ar trebui să fie capacitatea de a reflecta asupra propriei lumi interne (Aron 1998). Cei influenţaţi de Klein au drept ţel reintegrarea aspectelor Sinelui, care fuseseră pierdute prin identificarea proiectivă (Steiner, 1989). Terapeuţii influenţaţi de teoria ataşamentului (Fonagy, 2001) susţin că scopul este ameliorarea capacităţii de mentalizare.

Din punctul de vedere al relaţiilor de obiect, scopul psihoterapiei îl va constitui ameliorarea calităţii relaţiilor persoanei respective, indiferent dacă intervenţia se poziţionează spre polul suportiv sau cel expresiv al continuumului. Întrucât relaţiile interne de obiect se modifică pe parcursul psihoterapiei, subiectul este capabil să perceapă şi să se relaţioneze cu persoanele din jur în mod diferit. În practica actuală, pacienţii apelează la terapie mai degrabă din cauza nemulţumirii legate de calitatea relaţiilor, decât a unor simptome distincte, aşa cum făceau în timpul lui Freud. Astfel, importanţa acestui scop trebuie mereu subliniată. Un studiu empiric asupra analizei (Kantrowitz et al., 1987) a demonstrat, cu ajutorul testelor psihologice proiective aplicate înainte şi după tratament, că analiza produce o ameliorare statistic semnificativă a nivelului şi calităţii relaţiilor de obiect.

În psihoterapia orientată către psihologia Sinelui, printre scopuri se numără întărirea coeziunii Sinelui şi încurajarea pacientului de a alege obiecte mai mature ale

Sinelui, aşa cum s-a arătat în Capitolul 2. După cum spunea Kohut (1984), „esenţa curei psihanalitice constă în capacitatea pacientului, nou achiziţionată, de a identifica şi de a căuta obiecte ale Sinelui adecvate, pe măsură ce acestea apar în realitatea înconjurătoare, precum şi în capacitatea de a fi susţinut de acestea” (p. 77).

Psihoterapia aflată la polul suportiv îşi propune, ca scop principal, să ajute pacientul să se adapteze la factorii stresanţi, evitând insight-ul referitor la dorinţele inconştiente şi la apărări (Roskin, 1982). Terapeutul speră să întărească apărările, pentru a facilita capacitatea pacientului de a se adapta şi de a face faţă stresului zilnic. Acest scop implică deseori întoarcerea unui pacient la un nivel anterior de funcţionare, care a fost compromis de o criză. Mai mult, întrucât tehnicile suportive sunt utilizate frecvent în tratamentul pacienţilor cu un Eu foarte fragil, întărirea Eului este un aspect crucial al psihoterapiei suportive. De exemplu, terapeutul poate servi drept Eu auxiliar, ajutând pacienţii să testeze realitatea cu mai multă acurateţe sau să anticipeze consecinţele acţiunilor lor şi deci să-şi amelioreze judecata. Winston et al. (2004) oferă o abordare sistematică a psihoterapiei suportive, care să fie ajustată nevoilor individuale ale pacientului.

4.2.2 Durata

Durata psihoterapiei expresiv-suportive este în esenţă independentă de continuumul expresiv-suportiv. Terapiile care simt în mare măsură suportive sau expresive pot fi de durată scurtă sau lungă. În unele cazuri, psihanaliza poate să dureze peste 5 ani, iar anumite procese suportive pot să dureze chiar mai mult. Pe de altă parte, există situaţii în care o singură şedinţă de terapie (sau consultaţie) suportivă sau expresivă poate avea un efect terapeutic important.

Deşi definiţiile psihoterapiei dinamice de scurtă durată sau de lungă durată variază, eu consider *psihoterapie pe termen lung* acel tratament care durează peste 6 luni sau 24 de săptămâni (Gabbard, 2004). Majoritatea terapiilor pe termen lung sunt deschise, dar unele au un termen fix, cu un număr clar de şedinţe, de la început. În această primă secţiune, voi discuta despre terapia dinamică pe termen lung şi voi face referinţe la terapia scurtă către sfârşitul capitolului.

4.2.3 Frecvenţa şedinţelor
4.2.4

Spre deosebire de durata terapiei, numărul şedinţelor pe săptămână tinde să fie puternic corelat cu acest continuum expresiv-suportiv. Ca regulă generală, un număr mai mare de şedinţe pe săptămână caracterizează polul expresiv al continuumului. Psihanaliza, tratamentul considerat a fi cel mai expresiv, se caracterizează prin patru sau cinci şedinţe pe săptămână, iar pacientul stă, de obicei, întins pe divan, cu terapeutul aşezat în spatele acestuia. Pe măsură ce ne deplasăm spre celălalt pol, formele predominant expresive ale psihoterapiei implică, în mod obişnuit, una până la trei şedinţe pe săptămână, iar pacientul stă aşezat într-un fotoliu. În schimb, psihoterapia predominant suportivă prevede rareori mai mult de două şedinţe pe săptămână şi de obicei are loc o dată pe săptămână sau chiar mai rar. Nu este neobişnuit, pentru procesul suportiv, să prevadă şedinţe o dată pe lună.

Problema frecvenţei este legată de rolul transferului în procesul psihoterapeutic (discutat mai târziu în acest capitol). Experienţa clinică a arătat că transferul creşte în intensitate odată cu frecvenţa şedinţelor, întrucât terapia predominant expresivă se centrează pe transfer, terapeuţii respectivi preferă, de obicei, să vadă pacienţii mai des decât o dată pe săptămână. În contrast, procesul suportiv

lucrează într-o mai mică măsură cu transferul, astfel încât nu este necesar mai mult de o şedinţă pe săptămână. De asemenea, în timp ce terapiile predominant expresive prevăd aproape invariabil şedinţe de 45 sau 50 de minute, procesele suportive tind să utilizeze timpul într-un mod mai flexibil. Anumiţi pacienţi care necesită mai multe contacte de tip suportiv cu terapeutul se simt mai bine cu două şedinţe de câte 25 de minute într-o săptămână, decât cu o singură şedinţă de 50 de minute.

Realitatea din clinica psihiatrică este că problemele practice pot avea o pondere mai mare decât consideraţiile teoretice în determinarea frecvenţei şedinţelor. Unii pacienţi pot să-şi permită doar o şedinţă pe săptămână, chiar dacă s-ar simţi mai bine cu trei. Alţi pacienţi pot ajunge la cabinetul terapeutului, din cauza programului lor de lucru sau a problemelor de transport, doar o dată pe săptămână. Totuşi, înainte de a accepta astfel de limitări, terapeutul trebuie să ţină cont că rezistenţele se ascund adesea în locuri convenabile. Investigarea acestor limitări practice ar putea arăta că pacientul beneficiază de o mai mare flexibilitate de timp şi bani decât recunoaşte de la început.

4.2.5 Asocierea liberă

4.2.6

Asocierea liberă este frecvent considerată ca modalitatea principală prin care comunică pacientul cu analistul. Ea cere ca pacientul să se relaxeze, renunţând la controlul obişnuit asupra procesului gândirii, într-un efort de a spune ce îi vine în minte, fără să-şi cenzureze cuvintele sau gândurile. În practică, rezistenţele intervin în mod inevitabil atunci când pacienţii încearcă să asocieze liber. Se afirmă deseori, doar pe jumătate în glumă, că atunci când un pacient este capabil să asocieze liber, fără interferenţa rezistenţelor, acel pacient poate fi gata pentru

încheierea terapiei. Pacienţii pot, de asemenea, folosi asocierea liberă ca rezistenţă împotriva concentrării asupra unei probleme specifice din viaţa lor actuală (Greenson, 1967).

Asocierea liberă este utilă şi în terapiile predominant expresive, deşi într-un mod mai selectiv decât în analiză. De exemplu, terapeutul poate să-i ceară pacientului să facă asocieri cu diferite elemente ale unui vis, fapt care ar ajuta atât terapeutul, cât şi pacientul să înţeleagă legăturile inconştiente, făcând astfel posibila interpretarea visului.

Asocierea liberă este mult mai puţin utilă, pe măsură ce ne îndreptăm către polul suportiv al terapiilor. După cum arata Greenson (1967), procesul în sine necesită un Eu matur şi sănătos, pentru a menţine distanţa dintre un Eu care observă şi un Eu care trăieşte. Pacienţii cu un Eu deficient, înclinaţi către psihoză, pot să regreseze din ce în ce mai mult, dacă li se permite să asocieze liber în cadrul unui proces suportiv. Mai mult, acestor pacienţi le lipseşte deseori capacitatea de a reflecta asupra asocierilor pe care le fac şi de a le integra într-o înţelegere coerentă şi semnificativă a problemelor inconştiente.

4.2.5 Neutralitate, anonimitate şi abstinenţă

Între 1912 şi 1915, Freud a publicat o serie de indicaţii tehnice care au format baza a ceea ce a fost deseori denumit modelul „clasic” de tratament. Principii cum ar fi neutralitatea, anonimitatea şi abstinenţa au evoluat din aceste lucrări. Totuşi, în ultimii ani, aceste concepte au devenit foarte controversate, întrucât a fost din ce în ce mai clar că modul în care practica Freud era considerabil diferit de unele dintre recomandările sale, regăsite în lucrările referitoare la tehnică (Lipton, 1977; Lohser şi Newton, 1996). În timp ce Freud îi sfătuia uneori pe analişti să dea dovadă de detaşare emoţională, să nu

arate nimic din ei înşişi şi să pună deoparte tot ce ţine de propriile lor sentimente, lucrările referitoare la pacienţii lui demonstrau că el dădea dovadă de transparenţă în privinţa dispoziţiei sale; bârfea frecvent; oferea propriile opinii despre alţi oameni, opere de artă şi probleme politice curente; şi era angajat cu entuziasm ca o „persoană adevărată”. Propria sa subiectivitate era foarte evidentă. Recomandările sale scrise asupra problemelor de tehnică porneau, evident, mai degrabă de la îngrijorarea lui cu privire la potenţială trecere la act contratransferenţială din partea colegilor lui, decât din ceea ce credea el că este favorabil avansării procesului analitic.

Freud nu era de fapt atât de auster în scrierile sale referitoare la tehnică, pe cât este uneori prezentat. În recomandările legate de tehnică, avea tendinţa să oscileze între adoptarea flexibilităţii şi tactului pe de-o parte şi a unei atitudini mai autoritare, pe de altă parte. James Strachey, care l-a tradus, precum şi discipolii săi au minimalizat prima tendinţă şi au accentuat-o pe cea de-a doua.

Neutralitatea este probabil aspectul cel mai greşit înţeles al tehnicii psihanalitice şi psihoterapeutice. Freud nici măcar nu a folosit acest cuvânt în scrierile sale. James Strachey a tradus cuvântul german *indiferenz* ca „neutralitate”, deşi cuvântul, în germană, implica mai degrabă un oarecare grad de participare emoţională a analistului, decât de detaşare. Cuvântul este frecvent interpretat greşit ca însemnând răceală sau atitudine distantă (Chessick, 1981). Chiar şi în terapiile cel mai pregnant expresive, căldura emoţională este o parte necesară a relaţiei terapeutice. În mod similar, grija pentru cazul unic al pacientului este esenţială pentru stabilirea unui raport.

Terapeuţii care se exclud ei înşişi din câmpul

interpersonal al terapiei, adoptând o atitudine distantă şi neparticipativă, îşi diminuează eficacitatea, întrucât se îndepărtează de la experienţa legată de lumea obiectelor interne ale pacientului (Hoffman şi Gill 1988). Faptul că terapeutul este un participant la procesul terapeutic se bucură de un larg consens. Participarea lui se face într-un mod spontan şi totodată tranzitoriu, disciplinat, parţial (Gabbard, 1995; Hoffman şi Gill, 1988; Mitchell, 1997; Racker, 1968; Renik, 1993; Sandler, 1976). Aşa cum a demonstrat-o practica lui Freud, există o subiectivitate ireductibilă (Renik, 1993) care nu poate fi eliminată printr-o mască de anonimitate. Mai mult decât atât, terapeuţii care îşi permit să răspundă încercărilor inconştiente ale pacienţilor de a-i transforma în obiecte de transfer vor dobândi o mult mai bună apreciere a lumii interne a pacientului. Terapeuţii pot să devină conştienţi de contratransfer doar după ce au reacţionat, asemeni uneia dintre proiecţiile obiectelor interne sau uneia dintre reprezentările de Sine ale pacientului (Sandler, 1976; vezi şi Gabbard, 1995). După cum am notat în Capitolul 1, contratransferul, care este creat din subiectivitatea terapeutului şi proiecţiile reprezentărilor interne ale pacientului, deopotrivă, constituie o sursă de informaţii valoroase în cadrul procesului terapeutic.

În prezent, cea mai larg acceptată semnificaţie a neutralităţii implică adoptarea unei atitudini care să nu judece comportamentul, gândurile, dorinţele şi sentimentele pacienţilor. Anna Freud (1936/1966), care nu a utilizat acest termen, a sugerat că analistul trebuie să rămână echidistant faţă de Se, Eu, Supraeu şi cererile realităţii externe. Acest punct de vedere este totuşi mai degrabă un ideal decât o poziţie realistă.

Terapeuţii emit deseori judecăţi personale referitoare la ceea ce pacienţii fac sau spun, iar un terapeut spontan, angajat în relaţie, va dezvălui câteodată aceste judecăţi în

mod nonverbal sau chiar în cadrul unor comentarii directe faţă de pacient. Greenberg (1986) a redefinit neutralitatea ca asumarea unei poziţii echidistante între un obiect anterior, din trecutul pacientului, şi obiectul nou, reprezentat de terapeut, din prezent. Acest concept ar putea defini cu mai multă acurateţe procesul intern al terapeutului. Terapeutul este antrenat într-un rol evocat de lumea internă a pacientului şi apoi încearcă să se desprindă de acest rol, astfel încât să poată reflecta ce se petrece între pacient şi terapeut.

Anonimitatea a fost redefinită, în mod similar, în practica actuală. Freud (1912/1958) a notat că analistul ar trebui să se străduiască pentru opacitatea unei oglinzi, dar analiştii şi psihoterapeuţii de orientare analitică de azi recunosc faptul că anonimitatea este un construct mitic, în cabinetul unui terapeut se află fotografii, cărţi şi alte articole de uz personal. Atunci când terapeutul vorbeşte, atât ceea ce spune, cât şi felul în care răspunde la materialul pacientului arată mult despre subiectivitatea terapeutului. Astfel, el se dezvăluie atât prin limbajul nonverbal, cât şi prin cel verbal. Majoritatea analiştilor şi psihoterapeuţilor de orientare analitică recunosc totuşi că este important să se reţină. Dezvăluirea unor detalii intime, legate de familia terapeutului sau problemele personale ale acestuia, este rareori utilă şi poate încărca pacientul în sensul că se creează o inversare de roluri, în care pacientul simte că trebuie să aibă grijă de terapeut. În mod similar, emiterea unor judecăţi aspre referitoare la gândurile, sentimentele sau acţiunile pacientului poate fi dăunătoare prin asocierea cu autocritica pacientului. Pe de altă parte, astfel de judecăţi pot fi necesare dacă pacientul riscă să acţioneze într-o manieră autodistructivă.

Abstinenţa este un al treilea termen care a fost greşit înţeles de către unii practicieni. Freud a sugerat că analistul trebuie să se abţină de la gratificarea dorinţelor

transferenţiale, astfel încât acele dorinţe să fie mai degrabă analizate decât satisfăcute. În prezent, există o largă recunoaştere a faptului că, pe parcursul tratamentului, au loc gratificări parţiale legate de transfer. Râsul terapeutului ca răspuns la o glumă, ascultarea empatică intrinsecă a unei psihoterapii, precum şi căldura şi înţelegerea oferite de terapeut, toate reprezintă gratificări pentru pacient. Conceptul de limite analitice sau terapeutice stabileşte limite pentru relaţia fizică, astfel încât limitele psihologice şi emoţionale pot fi depăşite prin procesele de empatie, identificare proiectivă şi introiecţie (Gabbard şi Lester, 2003). Limitele profesionale corecte nu ar trebui construite pentru a promova rigiditatea sau răceala (Gutheil şi Gabbard, 1998). Terapeuţii buni se simt liberi să râdă la o glumă pe care o spune pacientul şi ar putea lăcrima atunci când aud o poveste tristă. Ei pot, de asemenea, să întâmpine pacientul cu entuziasm la începutul unei şedinţe. Totuşi ei menţin abstinenţa în ceea ce priveşte gratificarea dorinţelor sexuale şi orice altă formă de posibilă exploatare a pacientului pentru propriile lor nevoi.

4.2.6 Intervenţiile

Intervenţiile făcute de terapeut pot fi împărţite în opt categorii şi plasate de-a lungul unui continuum expresiv-suportiv: 1) interpretarea, 2) observarea, 3) confruntarea, 4) clarificarea, 5) încurajarea de a elabora, 6) validarea empatică, 7) intervenţiile psihoeducaţionale, 8) sfatul şi lauda (figura 4 – 1).

Interpretarea în formele predominant expresive ale tratamentului, interpretarea este privită ca instrumentul decisiv ultim al terapeutului (Greenson, 1967), în forma sa cea mai simplă, interpretarea se referă la transformarea unui material inconştient într-unul conştient. Interpretarea este o explicaţie care face legătura dintre un sentiment, gând, comportament sau simptom cu înţelesul sau originea sa inconştientă. De exemplu, terapeutul i-ar putea spune unui pacient care întârzie: „Poate că motivul pentru care aţi întârziat este acela că v-a fost teamă că aş reacţiona, la succesul dumneavoastră actual, în acelaşi fel în care a reacţionat tatăl dumneavoastră". În funcţie de punctul în care se află terapia, precum şi de capacitatea pacientului de a auzi, interpretările pot fi orientate către transfer (ca în acest exemplu), către probleme din afara transferului, către unele situaţii trecute sau prezente, către rezistenţele sau fantasmele pacientului. Ca principiu general, terapeutul nu abordează conţinutul inconştient prin intermediul interpretării, până când materialul nu devine aproape conştient şi deci mai accesibil conştienţei pacientului.

Observarea

Observarea nu este o interpretare, în sensul că nu încearcă să explice semnificaţii inconştiente sau să facă legături între cauză şi efect. Terapeutul doar remarcă un comportament nonverbal, un model în cadrul procesului terapeutic, o urmă de emoţie în expresia pacientului sau faptul că acesta schimbă subiectul. Un terapeut ar putea spune, de exemplu: „Am remarcat un obicei – atunci când intraţi în cabinet, la

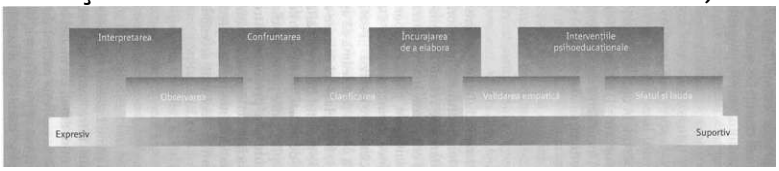

Figura 4-L Continuumul expresiv-suportiv al

intervenţiilor.

Începutul fiecărei şedinţe, păreţi înspăimântat şi trageţi scaunul lângă perete, înainte de a vă aşeza. Ce credeţi despre acest lucru?". Ca în acest exemplu, terapeutul nu face speculaţii legate de motivul din spatele comportamentului, ci invită pacientul să colaboreze în această privinţă.

Confruntarea

Următoarea intervenţie de tip expresiv este confruntarea. Ea se adresează unei probleme pe care pacientul nu vrea să o accepte sau identifică evitarea sau minimalizarea la care recurge pacientul. Spre deosebire de observare, care de obicei se referă la ceva din afara conştienţei pacientului, confruntarea subliniază de obicei evitarea materialului conştient. Confruntarea este deseori blândă însă are o conotaţie peiorativă, în limbajul comun, de agresivitate sau rănire. Următorul exemplu arată că această intervenţie nu este neapărat ostilă: în ultima şedinţă a unui proces terapeutic de lungă durată, pacientul a vorbit pe larg despre problemele pe care le-a avut cu maşina, în drum spre şedinţă. Terapeutul i-a spus: „Cred că preferaţi să vorbiţi despre maşina dumneavoastră, decât să înfruntaţi tristeţea pe care o resimţiţi legat de ultima noastră şedinţă".

Clarificarea

Mai departe pe acest continuum de la intervenţiile expresive la cele suportive, se poziţionează clarificarea. Ea implică o reformulare sau o adunare a ceea ce a povestit pacientul, pentru a realiza o perspectivă mai coerentă asupra celor comunicate pe parcurs. Clarificarea diferă de confruntare, întrucât nu include elementul de negare sau minimalizare. O clarificare are ca scop să-l ajute pe pacient să exprime ceva ce este greu de pus în cuvinte.

Încurajarea de a elabora

Spre mijlocul continuumului, se află intervenţiile care

nu sunt nici suportive şi nici expresive prin ele însele. *Încurajarea de a elabora* poate fi definită, în sens larg, ca o cerere de informaţii referitoare la un subiect adus de pacient. Poate fi o întrebare deschisă, ca de exemplu: „Ce vă vine în minte în legătură cu aceasta?" sau poate fi o cerere mai directă ca: „Spuneţi-mi mai multe despre tatăl dumneavoastră". Astfel de intervenţii sunt frecvent utilizate atât în terapiile predominant expresive, cât şi în cele predominant suportive.

Validarea empatică

Validarea empatică este o dovadă a ajustării empatice a terapeutului la starea internă a pacientului. Un comentariu tipic de validare ar fi: „Înţeleg de ce vă simţiţi atât de deprimat în legătură cu aceasta" sau „Este dureros când sunteţi tratat în acest mod". Din perspectiva psihologiei Sinelui, imersiunea empatică în experienţa internă a pacientului este esenţială, indiferent de locul pe care îl ocupă terapia în continuumul expresiv-suportiv (Kohut, 1984; Ornstein, 1986). Atunci când pacienţii simt că terapeutul înţelege experienţele lor subiective, este mai probabil ca ei să accepte interpretările. Intervenţiile afirmative (Killingmo, 1995) pot fi, de asemenea, ca o validare empatică. De exemplu, terapeutul unui pacient care a fost abuzat când era copil ar putea spune: „Aveţi tot dreptul să fiţi furios pe tatăl dumneavoastră".

Intervenţiile psihoeducaţionale

Intervenţiile psihoeducaţionale se referă la informaţia, împărtăşită cu un pacient, bazată pe formarea şi cunoştinţele terapeutului. Un terapeut poate să explice, de exemplu, diferenţa dintre suferinţă şi depresie.

Sfatul şi lauda

Această categorie de sfat şi laudă include două intervenţii legate prin faptul că amândouă prescriu şi încurajează anumite activităţi. Sfatul implică sugestii directe făcute pacientului referitor la modul în care să se

comporte. Lauda întăreşte anumite comportamente ale pacientului, prin exprimarea unei aprobări deschise, legată de acestea. Un exemplu de sfat este: „Cred că nu ar trebui să mai ieşiţi cu acest bărbat”, iar un exemplu de laudă: „Sunt foarte mulţumit că aţi putut să-i spuneţi că n-o să vă mai întâlniţi cu el”. Aceste comentarii sunt la capătul opus, pe axă, faţă de intervenţiile psihanalitice tradiţionale, întrucât se îndepărtează de neutralitate şi compromit, într-o oarecare măsură, autonomia pacientului în luarea deciziilor.

Majoritatea proceselor terapeutice conţin toate aceste intervenţii, la un moment dat, în cursul tratamentului. Totuşi o terapie este clasificată ca esenţialmente expresivă sau suportivă în funcţie de tipurile de intervenţii care predomină. Aceste asocieri ale intervenţiilor cu terapiile aflate pe continuum nu sunt totuşi atât de rigide.

Pine (1986), precum şi Horowitz et al. (1996) au promovat tehnicile suportive, pentru a „atenua şocul” interpretărilor, în cadrul terapiei suportive cu pacienţi fragili. Werman (1984, p. 83) a propus să se efectueze „interpretări de jos în sus” ale comportamentului sau sentimentelor legate de transfer, pentru a face mai degrabă legătura dintre acestea şi situaţia prezentă decât cu experienţele timpurii, prevenind astfel regresia la pacienţii cu un Eu foarte fragil. Aceste intervenţii sunt inversul interpretărilor clasice prin faptul că oferă explicaţii conştiente şi nu inconştiente ale comportamentului şi sentimentelor pacientului.

4.2.7 Transferul

Freud ţinea mult la afirmaţia că un proces terapeutic este psihanalitic dacă se concentrează asupra transferului şi rezistenţei. Cu siguranţă, toate formele de psihoterapie

orientată dinamic acordă multă atenţie transferului. Totuşi, modul specific în care transferul este abordat (sau nu este abordat) variază considerabil, în funcţie de dimensiunea expresiv-suportivă. În psihanaliza formală, sublinierea şi înţelegerea transferului sunt foarte importante, deşi analiştii contemporani vorbesc mai degrabă despre un set sau o serie de transferuri, decât despre transfer (Westen şi Gabbard, 2002). Un terapeut poate întâlni transferuri de tip matern, patern şi fratern, toate în tratamentul aceluiaşi pacient.

Atât psihanaliza, cât şi psihoterapia expresivă utilizează interpretări extratransferenţiale, precum şi interpretări transferenţiale. Psihoterapia este întrucâtva mai limitată decât psihanaliza, prin faptul că se concentrează mai mult asupra naturii transferului legat de problemele prezente (Roskin, 1982). Totuşi, în practica din zilele noastre, distincţia dintre psihanaliză şi psihoterapia expresivă este neclară, ele fiind greu de diferenţiat.

După cum am notat în Capitolul 1, transferul este deseori considerat, actualmente, ca având o calitate bidimensională, care implică pe de-o parte o repetiţie a experienţei trecute cu obiecte anterioare şi, pe de altă parte, căutarea unei noi experienţe cu un obiect sau obiect al Sinelui, care să fie reparatorie şi corectivă pentru pacient. În plus, noţiunea de transfer ca distorsiune a devenit mai complexă. Terapeutul trebuie să evite o abordare „culpabilizantă” a interpretării transferului, întrucât pacientul poate răspunde în mod legitim la comportamente sau atitudini reale ale terapeutului. Terapeutul trebuie să fie mereu angajat în autoobservare, pentru a putea distinge aspectele transferenţiale repetitive, care alcătuiesc un „model” şi care provin din lumea interioară a pacientului, de contribuţiile reale care-i aparţin lui (terapeutului), la această interacţiune (Gabbard, 1996; Hoffman, 1998; Mitchell, 1997).

În terapiile desemnate ca predominant suportive, psihoterapeutul este implicat în acelaşi proces de monitorizare a dezvoltării transferului şi a răspunsurilor contratransferenţiale. Transferul este remarcat lăuntric de către terapeut, dar de obicei nu este abordat şi interpretat faţă de pacient. Scopul tratamentului, atunci când terapeutul se abţine de la interpretare, este de a provoca un transfer dependent pozitiv, fără ca acesta să fie analizat (Wallerstein, 1986). Acest ataşament în transfer este mecanismul „curei transferenţiale", caz în care pacientul se face mai bine pentru a-l mulţumi pe terapeut. Deşi schimbările derivate din acest model au fost, tradiţional, categorisite ca inferioare celor rezultate din rezolvarea conflictului, cercetarea a indicat că ele ar putea fi stabile şi durabile (Horowitz, 1974; Wallerstein, 1986).

4.2.8 Rezistenţele

După cum am notat în Capitolul 1, rezistenţele se referă la apariţia apărărilor caracterologice ale pacienţilor, în cadrul relaţiei terapeutice, în terapiile predominant expresive, analizarea şi înţelegerea rezistenţelor fac parte din munca de zi cu zi a psihoterapeutului. Dacă, de exemplu, un pacient întârzie mereu la şedinţe sau tace mereu în timpul acestora, terapeutul va privi aceste rezistenţe cu interes şi curiozitate, în loc să le devalorizeze, considerându-le drept o atitudine sfidătoare şi intenţionată. Rezistenţele nu sunt întâmpinate cu respingere sau cenzură. Din contră, terapeutul antrenează pacientul în înţelegerea originilor rezistenţelor şi apoi abordează rezistenţele prin interpretare.

Rezistenţa legată de transfer este denumită *rezistenţa de transfer.* Aceasta implică interferenţe cu travaliul terapeutic, derivate din percepţiile transferenţiale. De exemplu, un pacient se poate simţi

incapabil să vorbească despre fantasmele de masturbare, întrucât este convins că terapeutul dezaprobă masturbarea. Pentru a preveni o judecată negativă din partea terapeutului, pacientul alege tăcerea. În limbajul teoriei relaţiilor de obiect, rezistenţa de transfer poate fi înţeleasă ca tendinţă inconştientă a pacientului de a se agăţa cu tenacitate de o anume relaţie internă de obiect. Aceasta se poate manifesta ea însăşi ca un impas terapeutic, în care pacientul se relaţionează cu terapeutul ca şi cum terapeutul ar fi mereu altcineva.

Cei care se formează în psihanaliză şi psihoterapie psihanalitică au pus deseori următoarea întrebare: „Rezistenţă la ce?”. Friedman (1991) a remarcat că adevărata semnificaţie a rezistenţei constă în faptul că sentimentele asociate cu ea pot obliga pacientul să adopte o acţiune lipsită de reflecţie, în loc de una de observare şi reflecţie. El a arătat că rezistenţa se dezvoltă faţă de o atitudine psihică particulară, pe care o descrie ca „o activare conştientă simultană a dorinţelor refulate şi o contemplare la rece a semnificaţiilor acestora, astfel încât ele simt trăite atât ca dorinţe, cât şi ca trăsături obiective ale Sinelui aflat în conflict” (p. 590). Mai mult, accentul care se pune în prezent pe intersubiectivitate arată, de asemenea, că rezistenţele pacientului pot fi însoţite de o contrarezistenţă în terapeut, care se poate lovi de dificultăţile pacientului de a realiza un spaţiu de reflecţie necesar tratamentului psihanalitic.

În Capitolul 2, am vorbit despre perspectiva diferită asupra rezistenţelor pe care o au adepţii psihologiei Sinelui. Ei privesc rezistenţele drept activităţi psihice sănătoase, care păzesc dezvoltarea Sinelui (Kohut, 1984). În loc să interpreteze rezistenţele, ei dovedesc empatie pentru nevoia pacienţilor de a se apăra. Acest punct de vedere este în concordanţă cu îngrijorarea lor că abordarea clasică, de căutare a conţinutului aflat la baza

rezistenţei, are conotaţii moralizatoare. Totuşi această abordare empatică i-a făcut pe unii analişti să privească tehnica psihologiei Sinelui ca fiind fundamental suportivă. Trebuie, de asemenea, reţinut că tehnica analitică clasică nu presupune un atac „insensibil" asupra rezistenţelor, ci, mai degrabă, se referă la examinarea cu răbdare şi la încercarea de a înţelege rezistenţele.

După cum se deduce din comentariile anterioare referitoare la psihologia Sinelui, rezistenţele sunt privite ca esenţiale şi adaptative, în contextul psihoterapiei predominant suportive. Rezistenţele sunt adesea manifestări ale structurilor defensive, care au nevoie să fie întărite ca parte a terapiei. Terapeutul ar putea chiar încuraja rezistenţa, indicându-i pacientului că anumite subiecte sunt prea dureroase pentru a fi discutate şi ar trebui amânate, până într-un moment mai favorabil. În mod similar, mecanismele de amânare pot fi întărite, pentru a susţine un Eu fragil, hărţuit constant de impulsuri. Atunci când acţiunile unui pacient elimină verbalizarea sentimentelor dureroase, ca în acting out, terapeutul poate fi obligat să pună limite unui comportament autodistructiv, mai degrabă decât să interpreteze rezistenţa la comunicare, ca în cadrul tratamentului expresiv. Punerea acestor limite poate implica spitalizarea sau insistenţa ca pacientul să-i predea terapeutului droguri ilegale.

4.2.9 Perlaborarea

Interpretările rezultă rareori în răspunsuri ca „Aha!" şi vindecări spectaculoase. De obicei, ele sunt îndepărtate de forţa rezistenţelor şi necesită repetiţii frecvente din partea terapeutului, în diferite contexte.

Această interpretare repetitivă a transferului şi rezistenţelor, până când insight-ul a devenit pe deplin

integrat în planul conştient, este cunoscută drept perlaborare. Deşi eforturile terapeutului sunt necesare.

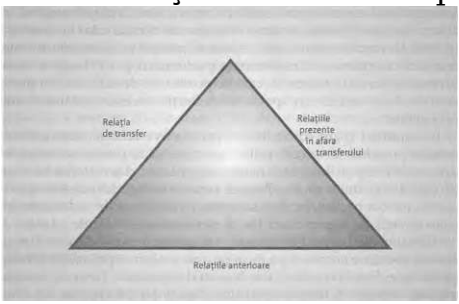

Figura 4 – 2. Triunghiul insight-ului (modelat după Menninger, 1958).

pacientul participă la travaliu, prin acceptarea şi integrarea insight-urilor terapeutului, între şedinţele propriu-zise (Karasu, 1977). Triunghiul insight-ului (Menninger, 1958) este un model conceptual util pentru procesul de perlaborare (vezi figura 4 – 2). Pe parcursul psihoterapiei, terapeutul remarcă anumite modele: 1) în relaţiile exterioare ale pacientului şi apoi le leagă de 2) modele transferenţiale şi de 3) relaţii anterioare cu membrii familiei. În final, pacientul devine conştient de aceste legături inconştiente. Aceste modele pot fi urmărite, de-a lungul terapiei, pe măsură ce se relaţionează cu cele trei laturi ale triunghiului şi pot fi indicate pacientului de fiecare dată când apar. Treptat, pacientul observă un model care apare în repetate rânduri, în diferite situaţii, iar acesta îi devine astfel mai puţin străin. Pacientul va câştiga în acest fel o mai mare capacitate de control asupra modelului.

Acelaşi concept poate fi reformulat în termenii teoriei relaţiilor de obiect. În cadrul transferului, al relaţiilor extratransferenţiale curente şi al amintirilor legate de relaţiile din trecut, apar constelaţii recurente Sine-obiect-afect. În termenii psihologiei Sinelui, modelul pacientului

poate fi expectaţia de a se oglindi sau nevoia de a-i idealiza pe ceilalţi. Totuşi, indiferent de teoria la care se recurge, toate şcolile de gândire consideră că retrăirea în cadrul transferului a acestor modele relaţionale centrale este extrem de importantă pentru obţinerea unui rezultat pozitiv. Acest proces de elaborare se aplică aproape în exclusivitate tratamentelor cu o componentă expresivă semnificativă – este rareori utilizat pentru a caracteriza procese predominant suportive.

4.2.10 Utilizarea viselor
4.2.11

În psihanaliză şi în formele predominant expresive de psihoterapie, interpretarea viselor este considerată drept „calea regală” către înţelegerea inconştientului (Freud, 1900/1953, p. 608). Asociaţiile pe care le face pacientul cu elementele visului sunt utilizate pentru a înţelege conţinutul latent sau ascuns al visului, care se află în spatele conţinutului manifest sau de la suprafaţă. Simbolurile din vis pot fi apoi interpretate, pentru a ajuta pacientul să înţeleagă m şi mai mare măsură indiciile inconştiente din vis.

În psihoterapiile de la poiul suportiv al continuumului, terapeutul ascultă cu atenţie visul pacientului şi îl ia în considerare, cum ar face un terapeut de orientare expresivă. Însă terapeutul se limitează la interpretări mai puţin profunde (Werman, 1984, p. 83), care ajuta pacientul să asocieze visul cu sentimente şi atitudini conştiente faţă de terapeut ca persoană reală, precum şi cu alte situaţii din viaţa reală. Asociaţiile libere cu elementele visului nu sunt încurajate, întrucât ar putea duce la o şi mai mare regresie.

Între cei doi poli ai continuumului suportiv-expresiv, este loc şi pentru o interpretare selectivă a viselor, în care terapeutul face legătura dintre vis şi elemente conştiente

sau inconştiente dintr-un sector limitat al vieţii psihologice a pacientului. Accentul se pune mai mult pe suprafaţa psihologică, decât pe profunzimea inconştientului şi se adaptează scopurilor specifice ale psihoterapiei (Werman, 1978).

4.2.12 Alianţa terapeutică
4.2.13

Freud (1913/1958) a fost conştient de faptul că pacienţii nu ar putea utiliza interpretările dacă nu s-ar stabili, mai înainte, o relaţie adecvată. Această legătură relativ neconflictuală şi raţională, pe care pacientul o are cu analistul, a fost denumită de către Greenson (1965/1978) *alianţă terapeutică.* Ea presupune capacitatea pacientului de a colabora în mod productiv cu terapeutul, întrucât acesta este perceput ca un profesionist care îl ajută, având intenţii bune. Relaţiile pacientului cu părinţii săi pot prezice natura alianţei terapeutice cu analistul (Lawson şi Brossart, 2003).

Eforturile majore depuse în studierea alianţei terapeutice au confirmat influenţa acesteia asupra procesului-şi rezultatului psihoterapiei (Frieswyk et al., 1986; Hartley şi Strupp, 1983; Horvath şi Symonds, 1991; Horwitz, 1974; Horwitz et al., 1996; Lawson şi Brossart, 2003; Luborsky et al., 1980; Martin et al., 2000; Marziali et al., 1981). În mare parte, cercetarea arată că tăria alianţei terapeutice este un factor dominant în prognosticul unei palete largi de terapii (Bordin, *1979*; Hartely şi Strupp, 1983; Horwath şi Symonds, 1991; Lawson şi Brossart, 2003;

Luborsky et al., 1980; Martin et al., 2000). Aceste studii indică, de asemenea, că natura alianţei terapeutice în faza iniţială a psihoterapiei ar putea fi cel mai bun indicator pentru prognosticul acelei terapii.

O concluzie a acestei vaste cercetări este că în toate

psihoterapiile, indiferent de locul pe care îl ocupă pe continuumul expresiv-suportiv, terapeuţii trebuie să fie atenţi, de la început, la stabilirea şi menţinerea alianţei terapeutice. Această preocupare nu necesită apariţia unui transfer pozitiv, care nu va permite exprimarea sentimentelor negative. Mai degrabă, terapeutul trebuie să ajute pacientul să identifice scopurile tratamentului şi apoi să se alieze cu aspectele sănătoase ale Eului pacientului, care se străduieşte să atingă aceste scopuri. Pacientul îl va percepe atunci pe terapeut ca pe un colaborator, care lucrează *cu* el şi nu *împotriva* lui. Atunci când lucrează, într-un mod mai suportiv, cu pacienţii cu un Eu fragil, terapeuţii constată că alianţa este mai greu de dezvoltat şi menţinut (Horwitz et al., 1996). De exemplu, reacţiile transferenţiale haotice ale pacienţilor borderline interferează cu formarea unei alianţe, şi va fi o realizare terapeutică majoră pentru pacient să reuşească, în final, să perceapă terapeutul ca pe o persoană care îl ajută şi colaborează în vederea unui ţel comun (Adler, 1979).

4.2.12 Mecanismele schimbării

Mecanismul schimbării în formele mai expresive ale psihoterapiei depinde, parţial, de scopurile tratamentului. Astfel, părerile referitoare la mecanismele schimbării variază în funcţie de scopurile tratamentului. Insight-ul şi experienţele relaţionale vindecătoare, considerate, în trecut, a se exclude reciproc, sunt acum privite ca procese compatibile, care acţionează sinergie în vederea schimbării terapeutice (Cooper, 1992; Jacobs, 1990; Pine, 1998; Pulver, 1992). Cu alte cuvinte, o relaţie terapeutică nu va fi susţinută, probabil, dacă nu există insight legat de ceea ce se întâmplă în relaţie. Pe de altă parte, relaţia în sine poate contribui la înţelegerea prin interpretare a dinamicii pacientului.

Există şi o mai mare recunoaştere a modalităţilor multiple de acţiune terapeutică, variabile în funcţie de pacient. Blatt (1992, 2004) a identificat două tipuri de pacienţi, care se schimbă în feluri diferite. Pacienţii *introiectivi* sunt axaţi pe gândire şi preocupaţi mai degrabă de stabilirea şi menţinerea unui concept de sine viabil, decât de stabilirea intimităţii în aria interpersonală. Ei par să răspundă mai bine la insight, prin intervenţia interpretărilor. Pe de altă parte, pacienţii *anaclitici* sunt mai preocupaţi de problemele relaţionale decât de cele legate de dezvoltare şi beneficiază mai mult de calitatea relaţiei terapeutice decât de interpretare.

Pacienţii se schimbă în diferite feluri, folosind mecanisme terapeutice variate. Progresele recente în domeniul neuroştiinţelor cognitive ne ajută să înţelegem modul în care apar schimbările şi ce pot face terapeuţii pentru a facilita schimbarea (Gabbard şi Westen, 2003). Legăturile dintre reţelele asociative sunt modificate ca rezultat al terapiei, astfel încât, după terapie, reprezentarea unei figuri de autoritate, de exemplu, nu va declanşa aceeaşi reacţie emoţională ca înainte. Mai mult, legăturile asociative, care erau slăbite, se întăresc. Pe scurt, schimbările durabile necesită o dezactivare relativă a legăturilor problematice în reţelele activate, asociate cu o activare crescută a unor conexiuni noi, mai adaptative. Aceste alternanţe în reţelele asociative ar putea fi facilitate de diferite tehnici. Terapeutul ar putea indica diferenţele dintre modurile în care pacienţii se văd pe ei înşişi, atitudinile conştiente faţă de ei înşişi, precum şi felul în care tolerează sentimentele şi devin conştienţi de acestea. Terapeuţii pot aborda, de asemenea, frecvenţa şi intensitatea stărilor emoţionale conştiente şi pot să-i ajute pe pacienţi să-şi examineze stilurile conştiente de adaptare (Gabbard, 2004; Gabbard şi Westen, 2003).

În plus, prin interpretări, terapeuţii oferă insight faţă

de o gamă largă de evenimente psihice, care sunt legate între ele: temeri, fantasme, dorinţe, expectaţii, apărări, conflicte, transferuri şi modele relaţionale. Terapeuţii pot, de exemplu, să indice modul în care o problemă curentă cu un şef este legată de probleme din trecut cu unul din părinţi. Un astfel de insight poate servi, de asemenea, la modificarea conexiunilor dintre nodurile unei reţele neuronale.

În afară de interpretare, terapeuţii asigură o perspectivă din exterior. Ei arată cum anumite modele caracteristice pacientului reflectă conflictul emoţional şi frământarea din acesta. Această funcţie a psihoterapeutului este similară situaţiei în care pacientul se poate observa pe o înregistrare video şi constata cum se relaţionează cu ceilalţi. Indiferent cât de inteligent sau capabil de insight este un pacient, terapeutul are întotdeauna o perspectivă exterioară – care este diferită de cea a pacientului (Gabbard, 1997). Fonagy (1999) sublinia faptul că o cale importantă spre schimbarea terapeutică este dezvoltarea capacităţii pacientului de a se „regăsi pe sine" în mintea terapeutului. Prin comentariile asupra sentimentelor şi comunicărilor nonverbale, care sunt remarcate doar de terapeut, pacientul poate începe să asambleze un portret al său, bazat pe observaţiile terapeutului, Modelele implicite devin astfel mai accesibile pentru reflecţia conştientă.

O altă modalitate majoră de acţiune terapeutică se bazează pe elementele relaţiei terapeutice propriu-zise, care nu implică un insight sau o înţelegere specifică. Pacienţii trăiesc un tip nou de relaţie, care poate duce la internalizarea atitudinilor emoţionale ale terapeutului şi la identificarea cu modul terapeutului de a aborda problemele. În plus, terapeutul poate fi internalizat ca o prezenţă internă, care-i asigură pacientului alinare şi confort. Funcţia terapeutului ca persoană care conţine şi

prelucrează interacţiunile semnificative este, de asemenea, internalizată, ca rezultat al terapiei.

Pe lângă tehnicile care sunt menite să încurajeze insight-ul şi cele care derivă din relaţia terapeutică, există strategii secundare, care pot fi utile în procesul schimbării. Printre acestea se numără utilizarea sugestiei implicite sau explicite, confruntarea cu convingerile care sunt nefuncţionale, examinarea metodelor pacientului de rezolvare a problemelor, moduri de autodezvăluire care o ajută pe pacient să înţeleagă impactul pe care îl are asupra celorlalţi şi afirmarea sau validarea experienţei pacientului (Gabbard şi Westen, 2003), în analiza efectuată de Wallerstein (1986) asupra datelor Proiectului de cercetare în psihoterapie al Fundaţiei Menninger, el a constatat că schimbarea produsă de măsurile predominant suportive implică o varietate de mecanisme. A fost deja menţionată cura transferenţială conectată cu transferul dependent pozitiv neanalizat. O variantă este „terapia pe viaţă", care duce la pierderea a ceea ce s-a câştigat dacă se încearcă terminarea, dar care asigură un nivel înalt de funcţionare, pentru pacient, atâta timp cât contactul cu terapeutul continuă pe o perioadă nedefinită. Mulţi pacienţi sunt capabili să reducă acest contact la o dată pe lună sau mai puţin, dar au tendinţa să se decompenseze dacă se vorbeşte de încheiere. Un alt mecanism suportiv al curei este „transferul transferului", în care dependenţa pozitivă de relaţia terapeutică este transferată unei alte persoane, de obicei partenerul de viaţă. Alt mecanism este denumit „cura antitransferenţială" şi implică schimbarea prin înfruntare şi recurgere la acting-out împotriva terapeutului. Alţi pacienţi din eşantionul lui Wallerstein s-au schimbat prin intermediul unei variante de experienţă emoţională corectivă, în care comportamentul pacientului legat de transfer a fost întâmpinat de terapeut cu o atitudine fermă, fără să fie judecat. În sfârşit, anumiţi

pacienţi par să beneficieze de un tratament suportiv conceput pentru a oferi sfaturi directe, de asemenea, fără să fie judecaţi. Wallerstein a numit acest proces „testarea realităţii şi reeducare”.

Interacţiunile dintre terapeut şi pacient, indiferent de psihoterapie, sunt însoţite de conexiuni interactive şi afective inconştiente, care au fost denumite de Lyons-Ruth et al. (1998) *cunoaştere relaţională implicită.* Această cunoaştere poate să apară în momentele de întâlnire dintre terapeut şi pacient, care nu sunt reprezentate simbolic sau inconştiente dinamic, în sensul obişnuit. Cu alte cuvinte, anumite schimbări, în cursul tratamentului, apar în aria cunoaşterii procedurale şi implică modul de a acţiona, simţi, gândi, într-un context relaţional particular.

Momentele specifice de recunoaştere reciprocă – o privire, un pic de umor împărtăşit, un sentiment de implicare intensă – pot fi ţinute minte mult timp după ce interpretările specifice sunt uitate. Psihoterapia poate fi privită ca o nouă relaţie de ataşament, care restructurează memoria implicită legată de ataşament. Prototipurile înmagazinate simt modificate de interacţiuni noi cu un terapeut angajat afectiv (Amâni et al., 1996). În acelaşi timp, memoria explicită, care implică o relatare conştientă, este modificată de înţelegerea prin interpretare.

O altă implicaţie a acestui model de acţiune terapeutică este că acest continuum al intervenţiilor expresiv-suportive, descris în figura 4 – 1, nu poate explica toate schimbările terapeutice. Multe momente de întâlnire dintre terapeut şi pacient au loc în afara tărâmului „tehnicii” (Stern et al., 1998). Răspunsurile umane, spontane ale terapeutului pot avea un impact terapeutic puternic.

4.2.13 Terminarea

Psihoterapeuţii trebuie să se resemneze cu faptul că viaţa lor profesională este marcată de pierderi continue. Pacienţii intră în viaţa lor, le împărtăşesc gândurile şi sentimentele cele mai intime, iar apoi nu mai aud nimic despre aceştia. Întrucât pierderea este o experienţă neplăcuta pentru noi toţi, terminarea unui proces psihoterapeutic aduce cu sine vulnerabilitatea la acting-out, legat de transfer şi contratransfer. Deşi, în mod ideal, terminarea se stabileşte de comun acord şi este programată, jumătate sau mai mult dintre pacienţii din ambulatoriu întrerup prematur tratamentul (Baekeland şi Lundwall, 1975) şi mai puţin de 20 dintre pacienţii din centrele de sănătate mintală trec printr-un proces de terminare negociat reciproc (Beck et al., 1987).

Terminarea poate avea loc dintr-o varietate de motive. Poate fi impusă de circumstanţe exterioare din viaţa terapeutului sau a pacientului. Companiile de asigurări sau firmele de management al îngrijirilor pot dicta această încheiere. Propriile resurse financiare ale pacientului pot fi epuizate. Pacientul poate pleca în mod abrupt şi să refuze să se întoarcă, întrucât este nemulţumit de terapeut sau din cauza anxietăţii legate de un anumit subiect. Terapeutul poate să considere că s-a obţinut un beneficiu maxim şi să recomande terminarea, iar pacientul poate să fie de acord cu o anumită dată de încheiere.

Indicaţiile pentru terminare nu simt absolute, dar o regulă bună este aceea că pacientul este gata să se oprească atunci când sunt atinse scopurile psihoterapiei. Simptomele iniţiale au fost eliminate sau ameliorate, Supraeul a fost modificat, relaţiile interpersonale ale pacientului au fost schimbate, iar pacientul poate resimţi un alt grad de independenţă. Un alt indicator util este faptul că pacientul este capabil să recunoască şi să

examineze de unul singur conflictele şi astfel să continue un proces de autoanaliză, fără terapeut (Busch, 1995; Dewald, 1971). În cazurile de psihoterapie predominant suportivă printre indicaţii se numără o stabilitate în funcţionarea pacientului, o răsturnare a oricărui proces de regresie şi o ameliorare globală a simptomelor. Totuşi, clinicienii trebuie să recunoască întotdeauna faptul că un anumit procent de pacienţi cu tulburări severe are nevoie de continuarea terapiei, cu frecvenţă redusă, pe o perioadă nedefinită (Gabbard şi Wilkinson, 1994; Wallerstein, 1986).

Din momentul în care terapeutul şi pacientul s-au pus de acord cu o dată pentru terminare, pot să apară anumite manifestări legate de transfer. O parte din simptomele iniţiale pot să apară din nou (Dewald, 1971; Roth, 1987). Transferul negativ poate să iasă la iveală pentru prima dată atunci când pacientul realizează că terapeutul nu va fi acolo pentru totdeauna. Terapeuţii trebuie să-i asiste pe pacienţii lor în procesul de doliu al fantasmei gratificării finale în transfer. În tratamentele suportive, terapeutul trebuie să insiste pe continuarea unei relaţii pozitive şi să evite apariţia unui transfer negativ, care nu poate fi rezolvat (Dewald, 1971). Datorită provocărilor formidabile cărora terapeutul trebuie să le facă faţă în timpul procesului de terminare, mulţi terapeuţi preferă să continue cu aceeaşi frecvenţă a şedinţelor, până la sfârşit. Alţii „înţarcă" pacientul, scăzând treptat frecvenţa şedinţelor.

Când un pacient încheie terapia în mod unilateral, terapeutul trebuie să facă faţă sentimentului că l-a dezamăgit întrucâtva pe pacient. În astfel de situaţii, terapeuţii trebuie să-şi aducă aminte că pacientul are întotdeauna privilegiul de a încheia tratamentul şi că astfel de încheieri pot avea, până la urmă, rezultate bune. Pe de altă parte, terapeuţii pot să-i ajute doar pe acei pacienţi care doresc să fie ajutaţi şi care doresc să colaboreze într-

un asemenea proces. Fiecare terapeut are eşecuri, iar limitele iscusinţei sale trebuie recunoscute şi acceptate.

În cazurile în care terminarea este decizia unilaterală a terapeutului, apare alt set de probleme. Atunci când terminarea este impusă de cerinţele formării de a face rotaţie în altă clinică, terapeutul în formare ar putea încerca să evite discutarea procesului de terminare, din cauza sentimentelor de vinovăţie. Unii terapeuţi vor evita chiar şi anunţarea pacienţilor despre plecarea lor, până în ultimul moment. În general, indiferent de constrângerile externe care acţionează asupra duratei procesului, pacienţii trebuie să fie informaţi cât mai devreme posibil, astfel încât reacţiile lor să poată fi incluse în tratament. Când un terapeut trebuie să încheie tratamentul din motive exterioare, pacienţii au deseori sentimentul că a fost recreată natura arbitrară a anumitor relaţii parentale (Dewald, 1971). Indiferent de impactul asupra pacientului, este esenţial ca reacţiile acestuia să fie explorate în detaliu, chiar dacă terapeutului îi este greu să facă faţă furiei şi resentimentelor pacientului. (Pentru o discuţie mai amplă a fenomenelor complexe din jurul terminării, vezi Gabbard, 2004.)

4.2.14 Indicaţii pentru un accent expresiv sau suportiv în psihoterapie

Înainte de a lua în considerare indicaţiile referitoare la orientarea procesului terapeutic înspre capătul expresiv sau suportiv al continuumului, terapeuţii trebuie să înţeleagă că este, în cel mai bun caz, lucru incert să poţi prevedea cine va răspunde la ce fel de psihoterapie. Există anumite indicaţii în literatură că pacienţii mai sănătoşi evoluează mai bine în psihoterapie, decât cei cu afecţiuni mai severe (i.e., cei bogaţi se îmbogăţesc Luborsky et al., 1980). Un studiu efectuat asupra celor care vor putea

beneficia de psihoterapie (Luborsky et al., 1988) a ajuns la concluzia că atât o relaţie pozitivă la început, cât şi congruenţa dintre tema relaţiei conflictuale centrale şi conţinutul interpretărilor au fost factori de prognostic pozitiv. Tăria alianţei terapeutice, în prima sau a doua şedinţă, poate fi cel mai bun indicator al rezultatului, conform unei cercetări empirice asupra acestui subiect (Horvath şi Symonds, 1991; Martin et al., 2000; Morgan et al., 1982). Totuşi această variabilă este afectată în mare măsură de potrivirea dintre pacient şi terapeut, care este aproape imposibil de cuantificat. Kantrowitz (1987) a arătat, în cadrul unui studiu pe 22 de pacienţi în analiză, că indiferent cât de sofisticate sunt testele psihologice, nu se poate estima într-un mod demn de încredere indicaţia pentru psihanaliză.

În ciuda acestor neajunsuri, este totuşi posibil să se schiţeze anumite caracteristici ale pacientului, care îl pot ajuta pe clinician să decidă ce fel de psihoterapie este indicată – predominant expresivă sau predominant suportivă (tabel 4 – 1). Indicaţiile pentru un tip predominant expresiv, cum este psihanaliza, includ 1) o motivaţie puternică de a se înţelege pe sine, 2) o suferinţă care interferează cu viaţa într-o astfel de măsură încât pacientul se simte motivat să suporte rigorile tratamentului, 3) capacitatea nu doar de a regresa şi a renunţa la controlul asupra sentimentelor şi gândurilor, ci şi de a recâştiga rapid controlul şi de a reflecta asupra acelei regresii (regresia în serviciul Eului) (Greenson, 1967), 4) toleranţa la frustrare, 5) capacitatea de insight sau gândirea orientată psihologic, 6) capacitatea intactă de testare a realităţii, 7) relaţii de obiect semnificative şi durabile, 8) un control rezonabil de bun asupra impulsurilor şi 9) capacitatea de a păstra un serviciu (Bachrach şi Leaff, 1978). Într-un tratament expresiv este, de asemenea, de bun augur când pacientul are capacitatea

de a gândi în termeni de metaforă şi analogie, adică sesizează faptul că o serie de circumstanţe poate fi similară cu o alta. În sfârşit, răspunsurile gândite la tentativele de interpretare, din timpul perioadei de evaluare, sugerează că terapia expresivă este adecvată.

Două indicaţii generale pentru psihoterapia suportivă sunt fragilitatea sau defectele cronice ale Eului şi regresia la o persoană sănătoasă.

Tabel 4-L Indicaţii pentru un accent expresiv sau suportiv în psihoterapie.

Expresiv	**Suportiv**
Motivaţie puternică de a înţelege	**Defecte semnificative de natură cronică ale Eului**
Suferinţă semnificativă	**Crize existenţiale severe**
Capacitate de a regresa în serviciul Eului	**Slabă toleranţă la anxietate**
Toleranţă la frustrare	**Toleranţă slabă la frustrare**
Capacitate de insight	**Lipsa gândirii orientate psihologic**
gândire orientată	

psihologic)	
Capacitate intactă de testare a realităţii	**Capacitate slaba de testare a realităţii**
Relaţii de obiect semnificative	**Relaţii de obiect grav alterate**
Control bun asupra impulsurilor	**Control slab asupra impulsurilor**
Capacitatea de a păstra un serviciu	**Inteligenţă redusă**
Capacitatea de a gândi în termeni de analogie şi metaforă	**Capacitatea slabă de autoobservare**
Răspunsuri gândite la tentativele de interpretare	**Disfuncţie cognitivă de origine organică Capacitate slabă de formare a unei alianţe terapeutice**

care traversează o situaţie de criză severă (Wallerstein, 1986; Werman, 1984). Prima indicaţie poate include probleme ca afectarea capacităţii de testare a realităţii, un control slab al impulsurilor şi o toleranţă

slabă la anxietate. Alte situaţii în care se recomandă psihoterapia predominant suportivă sunt disfuncţiile cognitive de origine organică şi lipsa gândirii orientate psihologic. Pacienţi cu tulburări severe de personalitate, care sunt înclinaţi mai degrabă către acting-out, ar putea avea nevoie de măsuri suportive (Adler, 1979; Luborsky, 1984). Alţi pacienţi care beneficiază mai mult de o abordare predominant suportivă sunt cei care au relaţii de obiect grav alterate şi o slabă capacitate de a forma o alianţă terapeutică. Persoanele care sunt în mijlocul unei crize existenţiale, cum ar fi divorţul sau moartea unui partener de viaţă sau a unui copil, sau care sunt afectate de o catastrofă, ca de exemplu o inundaţie sau tornadă, sunt rareori potriviţi pentru o abordare expresivă sau exploratorie, întrucât Eul lor poate fi copleşit de psihotrauma recentă. Totuşi, după ce încep un proces suportiv, aceşti pacienţi se vor orienta, uneori, spre o terapie expresivă.

Deşi aceste indicaţii se adresează celor două extremităţi ale continuumului expresiv-suportiv, majoritatea pacienţilor vor prezenta un amestec de indicaţii, unele care arată către direcţia expresivă, iar altele către direcţia suportivă. Terapeutul trebuie să evalueze continuu în ce mod – şi când – să adopte o atitudine suportivă sau expresivă, pe măsură ce procesul înaintează. Mai mult, într-un studiu longitudinal prospectiv naturalist (Scheidt et al., 2003), investigatorii au constatat că în practica privată a psihoterapiei psihodinamice diagnosticul psihiatric şi severitatea simptomelor au o contribuţie redusă la decizia de a accepta un pacient pentru tratament. Răspunsul emoţional al terapeutului faţă de pacient şi motivaţia pacientului erau cei mai importanţi factori care determinau selectarea celor care vor beneficia de terapie dinamică.

4.3 Psihoterapia scurtă

În ultimii 20 de ani a existat un mare interes şi s-a scris mult referitor la formele de psihoterapie scurtă, derivată din principiile psihanalitice. S-au efectuat comparaţii sofisticate din punct de vedere metodologic cu alte modalităţi de tratament, care au demonstrat că psihoterapia dinamică scurtă este la fel de utilă ca şi alte forme de psihoterapie (Crits-Cristoph, 1992). Un număr de materiale excelente oferă indicaţii detaliate pentru clinicieni (Book, 1998; Budman, 1981; Davanloo, 1980; Dewan et al., 2004; Garfield, 1998; Gustafson, 1986; Horowitz et al., 1984 a; Malan, 1976, 1980; Mann, 1973; Sifneos, 1972). Există, de asemenea, câteva articole exhaustive, de sinteză, care realizează o comparaţie între abordări, încercând să le integreze (Gustafson, 1984; Mackenzie, 1988; Ursano şi Hales, 1986; Winston şi Muran, 1996). În ciuda variaţiilor şi diferitelor abordări, există arii evidente de consens privind practica psihoterapiei de scurtă durată. Această scurtă discuţie pune accentul pe acele puncte de înţelegere.

4.3.1 Indicaţii şi contraindicaţii

Din multe puncte de vedere, indicaţiile pentru psihoterapia dinamică scurtă de orientare expresivă simt asemănătoare celor pentru psihoterapia expresivă de lungă durată. Cele mai importante criterii de selecţie sunt: 1) capacitatea de insight sau gândire orientată psihologic, 2) nivel înalt de funcţionare a Eului, 3) motivaţia puternică de a se înţelege pe sine, care depăşeşte simpla ameliorare a simptomelor, 4) capacitatea de a forma relaţii profunde (în mod particular, o alianţă iniţială cu terapeutul) şi 5) capacitatea de a tolera anxietatea. În vederea selectării pacienţilor pentru psihoterapie scurtă, trebuie să se ţină

seama de un punct adiţional esenţial, şi anume, problema concentrării. În virtutea faptului că este scurtă, psihoterapia limitată în timp trebuie să fie centralizată, spre deosebire de întinderea psihanalizei şi a psihoterapiei predominant expresive, care este nedelimitată. Astfel, pentru a iniţia o terapie scurtă, terapeutul şi pacientul trebuie să identifice nucleul dinamic al problemei din prima sau a doua şedinţă de evaluare, în sfârşit, terapia scurtă poate fi de mare ajutor pentru indivizii relativ normali, care trec printr-o perioadă de tranziţie în cadrul dezvoltării, cum ar fi să plece de acasă, să schimbe serviciul, să aibă primul copil.

Contraindicaţiile includ aceiaşi factori ca şi pentru psihoterapia de lungă durată de orientare expresivă. Ele cuprind însă şi alte elemente, care nu constituie neapărat contraindicaţii în tratamentul pe termen lung. Dacă un pacient nu poate delimita problema la un nucleu dinamic, psihoterapia scurtă este contraindicată. Nu ne putem aştepta ca tulburările de personalitate, care sunt abordabile prin terapii expresive de mai lungă durată, să răspundă la terapia de scurtă durată, decât atunci când pacientul se prezintă cu o plângere legată de o anumită situaţie, cum ar fi doliul, şi numai dacă scopurile sunt limitate la această problemă temporară (Horowitz et al., 1984 a). Deşi unii autori exclud pacienţii cu fobie sau obsesii cronice, Davanloo (1980) consideră pacienţii cu astfel de simptome ca adaptabili la stilul său de psihoterapie scurtă.

Cercetarea empirică a confirmat că rezultatele bune în psihoterapia dinamică scurtă depind de selecţia atentă a pacienţilor. Calitatea relaţiilor de obiect este unul dintre cei mai buni indicatori ai prognosticului (Hoglend, 2003; Piper et al., 1990). Exprimat în mod simplu, cei care au capacitatea de a forma relaţii de obiect mai mature au şanse să obţină rezultate mai bune în urma tratamentului.

Un alt studiu (Vaslamatzis et al., 1989) a arătat că există un procent mai mare de renunţare în rândul pacienţilor care nu erau cu adevărat potriviţi pentru psihoterapia scurtă. Un al treilea proiect a demonstrat că pacienţii aflaţi în doliu, care erau puternic motivaţi şi mai bine organizaţi, au fost mai potriviţi pentru terapia expresivă scurtă, în timp ce acei pacienţi mai puţin motivaţi şi cu o organizare mai slabă a conceptului de Sine au avut rezultate mai bune la abordările suportive (Horowitz et al., 1984 b). Pacienţii cu antecedente de relaţii interpersonale problematice sau cu un diagnostic de tulburare de personalitate nu simt în general potriviţi pentru terapia scurtă. Cercetarea arată că aceştia au nevoie de peste 35 de şedinţe pentru a obţine modificări dinamice care să fie stabile (Hoglend, 2003).

4.3.2 Numărul de şedinţe

În funcţie de autori, sunt recomandate diferite modalităţi de a stabili limita de timp în terapia scurtă. Mann (1973), care a considerat că acceptarea limitelor şi renunţarea la expectaţiile magice sunt esenţiale în procesul terapeutic, a insistat pentru un număr de 12 şedinţe. Pe de altă parte, Davanloo (1980) a recomandat un număr mediu de 15 – 25 de şedinţe, fără să stabilească o dată clară a terminării la începutul tratamentului. Deşi şi Sifneos (1972) a refuzat să stabilească un număr fix de şedinţe, tratamentele sale se întindeau doar de-a lungul a 12 – 16 şedinţe. Astfel, ca regulă generală, terapia scurtă durează cel puţin 2 – 3 luni şi cel mult 5 – 6 luni şi cuprinde un număr de 10 – 24 de şedinţe.

4.3.3 Procesul terapeutic

Deşi tehnicile asociate cu terapia de lungă durată sunt în mare măsură aplicabile în tratamentele scurte, cea

mai evidentă diferenţă constă în faptul că procesul este mult mai accelerat. Terapeuţii trebuie să-şi formuleze ipoteza centrală mai rapid şi să treacă la interpretarea rezistenţelor la insight mai devreme şi într-un mod mai agresiv. Autorii recurg la diferite grade de confruntare atunci când au de-a face cu rezistenţele, dar toţi sunt de acord că intensitatea procesului trezeşte anxietate. Gustafson (1984) a subliniat că această confruntare a rezistenţelor cere un cadru de referinţă *empatic,* altfel pacientul se va simţi atacat. Malan (1976) a recurs la triunghiul insight-ului propus de Karl Menninger şi a arătat că prima sarcină a terapeutului este să facă legătura dintre problema centrală şi modelele din relaţiile anterioare, relaţiile prezente, precum şi din transfer. Un scurt exemplu va ilustra acest proces.

DI B, un militar în vârstă de 35 de ani, s-a prezentat la terapie cu principala plângere: „Sunt prea dominator". El era căsătorit de 8 luni cu cea de-a doua soţie, care, spunea el, se plângea deja de această trăsătură de caracter, la fel ca şi prima lui soţie. DI B a intrat şi a început să vorbească despre meciul de la care venea. El nu era de acord cu decizia arbitrului de al scoate din joc, dar a afirmat: „Nu te poţi pune cu arbitrul. Ce spune, trebuie făcut. Ai probleme dacă te cerţi cu el". Mai târziu în timpul şedinţei, el a vorbit despre tatăl său, care era locotenent-colonel în armată. L-a descris pe tatăl său drept o persoană arbitrară, care nu permitea negocierea. Pacientul a crezut întotdeauna că propriile sale opinii nu sunt apreciate de către tatăl său. Mai târziu, în timpul şedinţei, dl B a spus: „Nu cred că 12 şedinţe sunt suficiente. Dar bănuiesc că va trebui să ne limităm la acestea. Aşa aţi spus dumneavoastră".

În acest moment, terapeutul a avut o intervenţie care a pus la un loc cele trei laturi ale triunghiului: „Se pare că experienţele dumneavoastră cu arbitrul, cu tatăl dumneavoastră şi cu mine sunt similare – simţiţi că noi luăm decizii arbitrare, iar dumneavoastră nu aveţi nimic de spus”. Apoi, terapeutul a putut formula o interpretare referitoare la modul în care pacientul şi-a tratat atât prima, cât şi cea de-a doua soţie. Pacientul răsturna psihotrauma trăită în mod pasiv, în care se simţea complet dominat de tatăl său, într-o experienţă de dominare activă faţă de soţia sa. El o domina pe ea, aşa cum tatăl său îl dominase pe el.

Book (1998) a adaptat tema relaţiei conflictuale centrale a lui Luborsky (1984) la procesul de psihoterapie dinamică scurtă. El a subliniat că terapeuţii trebuie să identifice trei componente la pacient, cât mai repede posibil, în timpul fazei de evaluare: o dorinţă, un răspuns de la celălalt şi un răspuns de la Sine. Pacientul va povesti situaţii, descriind episoade legate de relaţiile sale în care aceste trei componente vor fi destul de curând evidente. Scopul terapiei scurte psihodinamice, în această formulare, este de a ajuta pacientul să-şi actualizeze dorinţa, stăpânindu-şi teama de reacţia celorlalţi. Acest control este sprijinit prin conceptualizarea răspunsului temut ca o formă de distorsiune de transfer.

O adaptare în general necesară atunci când se trece de la terapia dinamică de lunga durată la terapia dinamică scurtă este o mai judicioasă utilizare a interpretărilor legate de transfer. Unsprezece studii diferite au constatat o asociere negativă între interpretările de transfer frecvente şi rezultatul pe termen scurt sau lung (Hoglend, 2003). Această indicaţie este doar un principiu general. O

utilizare mai frecventă a interpretărilor de transfer ar putea fi mai productivă cu anumite subgrupe de pacienţi, în funcţie de caracteristicile clinice şi de capacitatea de a lucra în transfer.

4.3.4 Psihoterapia suportivă scurtă

Există mult mai puţine date în literatură asupra psihoterapiilor scurte, de natură suportivă. Indicaţia principală pentru psihoterapia suportivă scurtă o reprezintă o persoană relativ sănătoasă, care trece printr-o criză existenţială specifică. Tehnicile utilizate sunt similare cu cele ale psihoterapiei suportive de lungă durată, mai precis, construirea Eului, facilitarea dezvoltării unui transfer pozitiv fără interpretarea acestuia şi întărirea apărărilor anterioare adaptative, aşa cum este ilustrat în următorul exemplu:

Dna C, o femeie de 52 de ani, a venit la consultaţie din cauza sentimentelor de vinovăţie şi anxietăţii legate de faptul că fiica ei, de 23 de ani, era gravidă fără să fie căsătorită. Psihiatrul a ascultat şi a empatizat cu pacienta în legătură cu dificultatea părinţilor de a-şi vedea copiii evoluând diferit faţă de ceea ce se aşteptau. Pacienta a explicat că era atât de preocupată de vinovăţia şi anxietatea sa pricinuită de această situaţie, încât era incapabilă să se comporte ca de obicei la serviciu sau acasă. Medicul a încercat să întărească apărările obsesiv-compulsive, caracteristice diiei C, sugerându-i să-şi stabilească o rutină clară acasă, pentru a-şi putea îndeplini toate îndatoririle uzuale. El a subliniat faptul că având mereu o ocupaţie d-na C va putea să uite mai uşor de problema fiicei sale. Dna C a fost de acord cu această sugestie, iar la următoarea şedinţă

părea să se simtă mai bine. În timpul acestei întâlniri psihiatrul a remarcat că d-na C vorbea ca şi când graviditatea fiicei sale ar fi fost responsabilitatea ei, a pacientei. Dna C a răspuns: „Vreţi să spuneţi ca nu eu i-am desfăcut picioarele?”. La care doctorul a răspuns: „Aşa este. Nu dumneavoastră i-aţi desfăcut picioarele”. Pacienta a resimţit o mare uşurare la afirmaţia doctorului şi i-a mulţumit pentru că i-a alinat sentimentul de culpabilitate. A telefonat săptămâna următoare şi a spus că nu mai are nevoie să vină pentru că se simţea „100 mai bine”.

În acest exemplu, psihiatrul a ajutat-o în primul rând pe pacientă să-şi întărească apărările adaptative, încurajând-o să se întoarcă la orarul ei obişnuit. Apoi, el a utilizat transferul pozitiv al pacientei pentru a o absolvi de vină. Întrucât absolvirea a venit de la o figură de autoritate, pe care ea o privea cu respect, dacă nu chiar o idealiza, a avut un impact mult mai mare asupra ei, decât ar fi avut dacă şi-ar fi spus singură acest lucru.

4.4 Psihoterapia de lungă durată *versus* psihoterapia scurtă

Decizia de a recomanda psihoterapie de lungă sau de scurtă durată este complexă. În mod clar, prezenţa sau absenţa unei probleme centrale este relevantă (Ursano şi Dressier, 1974). Dacă plângerea pacientului este destul de circumscrisă, recomandarea unei psihoterapii scurte poate duce la mai puţină cheltuială şi la mai puţine inconveniente pentru pacient. De asemenea, într-un studiu asupra ratei de renunţare dintr-o clinică publică de sănătate mintală, pacienţii cărora li s-a stabilit o durată clară a terapiei de la începutul tratamentului au renunţat într-un procent mai mic la tratament, decât cei cărora nu li

s-a stabilit un moment de încheiere precis (Sledge et al., 1990). Totuşi probleme caracterologice complexe pot interfera cu implementarea eficientă a unei abordări de „rezolvare rapidă”. Într-o epocă în care durata terapiei este deseori determinată de alte instanţe, care se bazează pe considerente legate de cost, terapeuţii trebuie să ţină cont de faptul că mai puţin nu înseamnă neapărat mai bun. Într-o analiză riguroasă a relaţiei doză-efect în psihoterapie, s-a demonstrat o relaţie pozitivă clară între „cantitatea” tratamentului şi măsura beneficiului pacientului (Howard et al., 1986).

În sfârşit, există întotdeauna pericolulca terapeuţii să prescrie ceea ce ei consideră a fi necesar pentru pacient şi nu ceea ce îşi doreşte pacientul. Cere cumva pacientul o examinare şi o restructurare fundamentală a personalităţii sau cererea sa se referă la o anumită problemă specifică? Pacientul trebuie, în mod evident, să fie un colaborator în determinarea tipului de tratament. Ar fi bine dacă ne-am aminti dictonul – atribuit lui Freud – că, într-un fel, pacientul are întotdeauna dreptate.

4.5 Eficacitatea psihoterapiei

Eficacitatea psihoterapiei individuale nu mai este pusă sub semnul întrebării. Există, în prezent, numeroase dovezi care arată că psihoterapia este un tratament eficient (Luborsky et al., 1975; Smith et al., 1980). De fapt, cercetarea arată că gradul schimbării provocat de psihoterapie se ridică la un nivel care ar justifica întreruperea unui experiment clinic, pe motiv că nu ar fi etic să nu li se ofere pacienţilor un tratament atât de eficient (Ursano şi Silberman, 1994). O metaanaliză a eficienţei psihoterapiei dinamice scurte (Crits-Cristoph, 1992) a constatat că în terapia dinamică scurtă, atunci când se examinează simptomele-ţintă, pacientul obişnuit

înregistrează o ameliorare faţă de 86 dintre pacienţii din lotul de control de pe lista de aşteptare. Într-o altă metaanaliză, Anderson şi Lambert (1995) au constatat că tratamentele dinamice scurte „se dovedeau a fi mai eficiente decât tratamentele alternative la evaluarea de urmărire, atunci când se investiga personalitatea sau când evaluarea avea loc la 6 sau mai multe luni după încheierea tratamentului” (p. 512). Mai mult, trei studii semnificative au dovedit că interpretările corecte, concordante cu problemele centrale ale pacientului, sunt factori de prognostic pentru evoluţia tratamentului atât în cadrul unei şedinţe (Silberschatz et al., 1986), cât şi în terapiile de scurtă durată (Crits-Cristoph et al., 1988) şi în cele de lungă durată (Joyce şi Piper, 1993). Un studiu referitor la terapia suportivă a examinat subiecţii randomizaţi pentru acel tratament şi a constatat că 6 din 10 subiecţi, care au oferit date complete la evaluarea de urmărire la 6 luni, au dovedit o ameliorare semnificativă în privinţa problemelor interpersonale după 40 de săptămâni de terapie (Rosenthal et al., 1999).

Dovezile privind eficacitatea psihoterapiei psihanalitice de lungă durată sau a psihanalizei sunt mult mai reduse. Dacă s-ar aplica metodele standard de experiment clinic randomizat la psihoterapia psihanalitică extinsă, cercetarea ar fi extrem de costisitoare. Este, de asemenea, aproape imposibil de găsit un grup adecvat de persoane de control care să fie dispuse să aştepte, fără tratament, pe o perioadă de mai mulţi ani, pentru a constata dacă problemele lor se vor remite cu trecerea timpului. În sfârşit, într-un studiu prospectiv pe termen lung, rata renunţării ar putea fi prohibitivă. Într-un studiu axat pe terapia scurtă, o rată de renunţare de 10 de-a lungul a 16 săptămâni nu afectează excesiv analiza statistică. Dacă aceeaşi rată de renunţare ar apărea la fiecare 16 săptămâni, de-a lungul mai multor ani, ar fi

devastator pentru un studiu pe termen lung. Dificultăţi în interpretarea datelor ar fi create şi de alte probleme care pot interveni: evenimente de viaţă, modificări ale medicaţiei, tulburări de pe Axa I (Gunderson şi Gabbard, 1999).

În ciuda tuturor acestor obstacole în realizarea unei cercetări riguroase privind terapia dinamică de lungă durată, există câteva studii care au recurs la o metodologie de control randomizat, ceea ce reprezintă „gold standard"-ul în cercetarea clinică. Pacienţii cu tulburări de personalitate din grupul C, care au fost trataţi prin terapie dinamică, cu o durată medie de 40, 3 şedinţe, au avut o evoluţie substanţial mai bună decât grupul de control, alcătuit din pacienţi de pe lista de aşteptare (Winston et al., 1994). În alt studiu, la pacienţi cu tulburări de personalitate din grupul C (Svartberg et al., 2004), 40 de şedinţe de psihoterapie dinamică au produs ameliorări semnificative statistic, la toate evaluările, în timpul tratamentului şi în perioada de urmărire de 2 ani. Celor care au beneficiat de terapie dinamică a continuat să li se amelioreze starea după terminarea tratamentului, ceea ce arată că pacienţii au internalizat dialogul terapeutic şi îl utilizează pentru a face faţă problemelor, pe măsură ce acestea apar. Heinicke şi Ramsey-Klee (1986) au comparat terapia psihodinamică intensivă (de patru ori pe săptămână) cu terapia cu o singură şedinţă pe săptămână, la copiii cu dificultăţi de învăţare. Acest studiu randomizat s-a referit la un tratament cu o durată de peste un an. La evaluarea de urmărire, copiii care au avut şedinţe de patru ori pe săptămână au dat dovadă de o ameliorare mult mai mare.

Experimentele randomizate controlate sunt deseori criticate întrucât pacienţii sunt foarte selectaţi, nu prezintă comorbidităţi şi sunt trataţi într-un context extrem de sofisticat, care nu se corelează cu ceea ce se

întâmplă în „lumea reală”. Două studii diferite – unul în Statele Unite condus de *Consumer Reports (Rapoartele consumatorilor)*: „Sănătatea mintală: Ajută oare terapia?” (1995) şi unul în Germania utilizând o metodologie similară (Hartmann şi Zepf, 2003) – au încercat să evalueze beneficiile psihoterapiei într-un cadru naturalist. Pacienţilor care au fost în psihoterapie li s-a distribuit un chestionar care să le permită să evalueze starea lor înainte şi după tratament. În ambele studii, psihoterapia de lungă durată a produs semnificativ mai multe ameliorări decât terapia de scurtă durată. A existat, de asemenea, o relaţie strânsă între durata tratamentului şi rata ameliorării. Aşa cum s-a amintit deja, indicaţiile pentru terapia scurtă sunt destul de reduse şi majoritatea pacienţilor necesită mai mult decât o intervenţie scurtă.

Pentru a fi siguri, sunt necesare mult mai multe cercetări asupra psihoterapiei psihodinamice de lungă durată (Gabbard et al., 2002). În mod special, sunt extrem de necesare experimentele controlate, axate pe tulburări specifice. Deşi astfel de experimente sunt numeroase în literatura referitoare la terapia cognitivă scurtă, cei care au cercetat terapia psihodinamică au fost mai lenţi. Cercetarea este, de asemenea, necesară pentru a identifica în mod clar indicaţiile şi contraindicaţiile terapiei psihodinamice de lungă durată, pentru a defini trăsăturile care fac distincţia dintre abordarea psihodinamică şi alte metode şi pentru a testa ce tip de pacienţi vor beneficia, până la urmă, de un astfel de tratament (Gunderson şi Gabbard, 1999).**5. Tratamente în psihiatria dinamică**

Terapia de grup, terapia familială/maritală şi farmacoterapia

5.1 Psihoterapia dinamică de grup

Noi toţi trăim şi muncim în cadrul unor grupuri. Psihoterapia de grup le oferă pacienţilor ocazia de a învăţa cum funcţionează în grupuri – rolurile pe care le joacă, expectaţiile şi fantasmele inconştiente pe care le au referitor la grupuri şi obstacolele pe care le întâmpină în relaţiile cu ceilalţi, la serviciu şi acasă. Dimensiunile unice ale experienţelor de grup pot fi explorate doar parţial în cadrul psihoterapiei individuale. Contextul socio-psihologic, în care se formează grupul, nu este valabil în terapia individuală (Rutan şi Stone, 2001).

5.1.1 Aspecte unice ale experienţei de grup

Multe dintre cunoştinţele noastre referitoare la forţele care acţionează într-un grup sunt derivate din

lucrările lui Wilfred Bion (1961). După Primul Război Mondial, Bion a început să conducă experimente cu grupuri mici, la Clinica Tavistock. Concepţia sa referitoare la grupuri se concentra în jurul observaţiei lui că există două subgrupuri în fiecare grup: 1) „grupul de lucru" şi 2) „grupul premisei de bază". Primul este implicat în sarcina de lucru a grupului, fiind construit pentru a îndeplini această sarcină. Totuşi puţine grupuri acţionează raţional, pentru îndeplinirea scopurilor lor, fără interferenţa premisei de bază (Rioch 1970).

Premisa de bază se referă la fantasmele inconştiente care determină grupul să se comporte într-o manieră de „ca şi cum" (Rioch, 1970). Cu alte cuvinte, membrii grupului încep să acţioneze pe baza unei premise referitoare la grup, care este diferită de realitatea sarcinii prezente. Premisele de bază se împart în trei categorii: dependenţă, luptă/fugă şi asocierea cu cineva. Aceste stări emoţionale distincte sunt de origine inconştientă, dar pot fi deduse cu uşurinţă din comportamentul grupului. Premisele deturnează munca grupului şi împiedică îndeplinirea sarcinii sale. Într-un grup de psihoterapie, sarcina de a înţelege problemele celorlalţi poate fi redirecţionată, datorită apariţiei unor premise de bază. Totuşi, aşa cum Freud a descoperit că transferul în psihanaliză este mai degrabă o unealtă terapeutică decât un obstacol, Bion a descoperit că premisele de bază pot avea o valoare enormă, ajutând membrii grupului să se înţeleagă pe ei înşişi, ca indivizi, în contextul grupului.

Observaţiile iniţiale ale lui Bion referitoare la premisele de bază s-au situat la un nivel descriptiv, dar pe măsură ce câştiga tot mai multă experienţă cu dinamica grupului, el a realizat că premisele de bază constituie grupări de apărări împotriva anxietăţii psihotice, prezentă în orice individ. Grupurile determină o puternică regresie, oferindu-le pacienţilor o fereastră către cele mai primitive

temeri pe care le au. Bion a constatat că mecanismele asociate cu poziţia paranoid-schizoidă şi cea depresivă, identificate de Melanie Klein (vezi Capitolul 2), sunt prezente şi în cadrul premiselor de bază.

De exemplu, premisa de bază referitoare la dependenţă poate fi privită ca o grupare de apărări împotriva anxietăţilor depresive (Ganzarain, 1980). În cadrul acestei premise de bază, pacienţii se comportă ca şi cum ar fi slabi, ignoranţi şi incapabili să se ajute reciproc, ca şi când ei ar fi total dependenţi de terapeut, pe care îl văd ca pe Dumnezeu. Teama subiacentă se referă la faptul că lăcomia lor (i.e., nevoia lor orală) îl va înghiţi pe terapeut şi astfel vor fi abandonaţi. Pentru a se apăra împotriva anxietăţii şi vinovăţiei legate de potenţială distrugere a terapeutului (i. E „mama lor, la un nivel inconştient), pacienţii cred că terapeutul este o figură inepuizabilă, atotştiutoare şi omnipotentă, care va fi mereu acolo pentru ei şi care va avea întotdeauna răspunsurile necesare.

În cadrul premisei de bază luptă/fugă, grupul a regresat, în mod clar, la o poziţie paranoid-schizoidă. Tot ceea ce este „rău” este clivat şi proiectat. Dorinţa de a lupta sau de a fugi reprezintă o grupare de apărări împotriva anxietăţii paranoide. Pentru a evita un persecutor perceput ca exterior, care îi va distruge, grupul poate să lupte sau să fugă de persecutor. Grupul nu mai reflectează şi consideră că singura soluţie, în faţa ameninţării percepute, este acţiunea.

Premisa de bază de asociere constituie o grupare de apărări împotriva anxietăţilor depresive. Premisa, în acest caz, se referă frecvent la doi membri ai grupului, care vor crea şi vor aduce în prim-plan un mântuitor, menit să salveze grupul (Rioch, 1970). Există o atmosferă de optimism şi speranţă, o credinţă că iubirea va învinge. Această atitudine poate fi privită ca o apărare maniacală

împotriva temerii grupului că distructivitatea, ura şi ostilitatea există şi ele în cadrul grupului. Astfel, din această perspectivă, asocierea poate fi văzută ca un efort de reparaţie maniacal (Ganzarain, 1980).

Psihoterapeuţii de grup trebuie să fie mereu vigilenţi la apariţia premiselor de bază în grupurile pe care le conduc, astfel încât să le poată interpreta şi examina, înainte ca acestea să devină prea distructive faţă de sarcina grupului. Transferul neexaminat poate determina un individ să plece din psihoterapie; premisele de bază neexaminate pot conduce la întreruperea terapiei de grup.

În afară de premisele de bază, există şi alte forţe specifice care operează în cadrul grupului. Contaminarea emoţională apare atunci când emoţii intense se răspândesc în întregul grup, aproape instantaneu (Rutan şi Stone, 2001). Putem identifica sentimente de tristeţe, furie sau ilaritate irezistibilă, în cadrul unui grup. O altă forţă, cu multă influenţă, este fenomenul de „absorbire într-un rol” (Redl, 1963). Se observă frecvent cum un individ are un anumit comportament când este într-o situaţie de unu-la-unu şi cum acesta se poate modifica la intrarea într-un grup, de exemplu „băiatul bun” care ajunge în „anturajul greşit”. Persoanele care constată că se comportă diferit în grupuri se descriu adesea ca fiind „absorbite” sau atrase într-un rol, care pare să fie în afara controlului lor. Un anumit pacient într-un grup de psihoterapie poate servi ca purtător de cuvânt pentru întregul grup, în timp ce restul rămân tăcuţi. Alt individ poate servi ca ţap ispăşitor, comportându-se într-un asemenea mod încât să devină ţinta furiei tuturor celorlalţi. Atât fenomenul de purtător de cuvânt, cât şi cel de ţap ispăşitor pot fi înţelese ca versiuni de grup ale identificării proiective (Horwitz, 1983; Ogden, 1982). În cazul ţapului ispăşitor, de exemplu, părţile inacceptabile ale tuturor membrilor grupului sunt proiectate asupra unui individ, care apoi se simte forţat să

răspundă corespunzător părţilor proiectate ale celorlalţi pacienţi. Dacă terapeutul susţine ţapul ispăşitor şi interpretează procesul de grup, părţile proiectate pot fi reintroiectate.

5.1.2 Caracteristicile grupurilor psihoterapeutice

Majoritatea terapeuţilor de grup se întâlnesc cu grupurile lor o dată pe săptămână (Rutan şi Stone, 2001), deşi unii se pot întâlni de două ori pe săptămână. Durata unei şedinţe variază de la 75 la 125 de minute, iar grupul de psihoterapie dinamică are, în medie, 6 – 10 membri (Rutan şi Stone, 2001; Sadock, 1983). Pot fi viabile şi grupurile mai mici, dacă membrii participă activ.

Compoziţia unui grup de terapie dinamică poate varia considerabil, cu toate că s-a constatat că grupurile eterogene prezintă avantaje faţă de cele omogene (Yalom, 1985). Clinicienii au ajuns la un consens, şi anume că grupurile în care toţi se aseamănă între ei trec rareori de nivelul superficial de interacţiune. Pe de altă parte, dacă grupul este prea eterogen, el ar putea să nu fie funcţional, întrucât nu există suficiente puncte comune între pacienţi. Mai mult, anumiţi indivizi s-ar putea simţi izolaţi, dacă se consideră ca foarte diferiţi de toţi ceilalţi din grup datorită vârstei, provenienţei culturale sau statutului socioeconomic. În sfârşit, dacă membrii grupului au nivel foarte diferit de tărie a Eului, este posibil ca grupul să nu se închege din pricina dificultăţii de a explora problemele psihologice.

În literatură există un consens, care consideră că grupurile de terapie dinamică ar trebui să fie eterogene în ceea ce priveşte conflictele membrilor, dar omogene în ceea ce priveşte un nivel cât de cât asemănător al tăriei Eului fiecărui membru (Whitaker şi Lieberman, 1964;

Yalom, 1985). În mare parte, literatura asupra psihoterapiei dinamice de grup se referă la polul expresiv al continuumului expresiv-suportiv. Grupurile care simt de natură mai suportivă ar putea să fie şi mai omogene. Grupurile de terapie dinamică simt de obicei deschise, iar noi membri pot să fie incluşi pe măsură ce alţii mai vechi încheie terapia.

În ultimii ani, sub presiunea managementului îngrijirii şi aspectelor economice din cadrul asistenţei sanitare, au câştigat teren versiuni mai scurte ale psihoterapiei de grup, chiar şi pentru grupurile eterogene. Mackenzie (1997) a dezvoltat un concept de psihoterapie de grup cu managementul timpului, în care a descris trei modele de psihoterapie de grup bazate pe nevoile pacientului şi pe luarea în considerare a limitelor resurselor disponibile pentru tratament: 1) intervenţia în criză (1 – 8 şedinţe), 2) terapia limitată în timp (8 – 26 şedinţe) şi 3) terapia de mai lungă durată (peste 26 de şedinţe). Cercetarea empirică a început să susţină eficacitatea formelor mai scurte de terapie dinamică de grup. Într-un studiu asupra terapiei expresive de grup, cu o durată de 12 săptămâni, pentru pacienţi în ambulatoriu, care nu s-au adaptat bine la pierderi (Piper et al., 1992), pacienţii trataţi au arătat o mai mare ameliorare decât pacienţii de pe lista de aşteptare, care constituiau lotul martor. Îmbunătăţirile obţinute s-au menţinut sau chiar s-au accentuat la evaluarea efectuată după 6 luni.

Terapeuţii care fac psihoterapie dinamică de grup utilizează în măsuri variabile abordarea centrată pe grup versus abordarea centrată pe persoană. Susţinătorii cei mai extremişti ai abordării centrate pe grup (Ezriel, 1950) au considerat că interpretările forţelor grupului sunt mult mai importante decât interpretările conflictelor irâdividului. De fapt, Ezriel (1950) a indicat că terapeutul ar trebui să se abţină de la interpretare, înainte de a se fi

dezvoltat o tensiune sau o temă comună grupului. O abordare mai puţin extremă a fost susţinută de Horwitz (1977), care a propus ca interpretările individuale să fie utilizate în folosul constituirii unei conştiinţe de grup, referitoare la o problemă comună a grupului, care este apoi interpretată. Există experienţe comune ale grupului, pe care le împărtăşeşte fiecare şi care merită interpretate, cum ar fi: faptul că terapeutul nu va răspunde tuturor nevoilor unui individ, competiţia pentru a obţine susţinerea, anxietatea de a fi ignorat. Totuşi, dacă nu există şi o abordare a nevoilor individuale, pacienţii ar putea să resimtă că motivele personale pentru care au apelat la tratament sunt ignorate de către terapeut. Majoritatea terapeuţilor care conduc grupuri preferă un model combinat, care implică intervenţii centrate atât pe individ, cât şi pe grup (Slipp, 1988).

5, 1.3 Transfer, contratransfer, rezistenţă şi alianţă de grup

Transferul, contratransferul şi rezistenţa stau la baza psihoterapiei dinamice de grup, aşa cum stau şi la baza terapiei individuale. Totuşi modul de funcţionare în grup modifică semnificativ transferul. În primul rând, intensitatea transferului pacienţilor poate fi diluată prin redirecţionare către alţi membri ai grupului. Psihoterapia de grup permite apariţia unor transferuri multiple simultane. Terapeutului i se oferă astfel un laborator în care relaţiile interne de obiect ale pacienţilor sunt expuse tuturor, prin externalizarea în relaţiile cu fiecare membru al grupului. Deşi diferite tipuri de transfer se dezvoltă şi în terapiile individuale, ele au tendinţa să apară într-un răstimp mai îndelungat. Cadrul de grup îi poate permite terapeutului să câştige o mai mare familiaritate cu relaţiile interne de obiect ale pacienţilor, într-o perioadă mult mai

scurtă.

Deşi într-o terapie de grup transferul poate fi diluat, situaţia inversă este, de asemenea, adevărată. Transferul poate fi mai intens atunci când întregul grup este cuprins de sentimente puternice cu valenţă pozitivă sau negativă. Terapeuţii care servesc drept container pentru toate proiecţiile obiectelor rele ale membrilor grupului îşi dau seama repede că şi contratransferul poate fi mai intens în cadrul unui grup. Cererile contratransferenţiale adresate unui terapeut de grup pot fi considerabile. Din fericire, există o protecţie intrinsecă împotriva apariţiei unui *acting-out* contratransferenţial supărător, întrucât pacienţii grupului identifică rapid comportamentul neadecvat sau percepţia greşită din partea terapeutului. Pentru a dispersa transferul şi contratransferul, unii terapeuţi preferă să lucreze cu un coterapeut, în cadrul psihoterapiei de grup. Existenţa unui partener îl ajută pe terapeut să prelucreze sentimentele intense răscolite de către grup.

Rivalitatea fraternă şi dorinţa transferenţială de a fi copilul unic sau favorit al terapeutului se dezvoltă frecvent în toate terapiile dinamice. Totuşi, aceste probleme pot să aibă un caracter mai presant în terapia de grup, iar terapeutul trebuie să evite cu grijă să arate orice urmă de favoritism pentru anumiţi membri ai grupului (Yalom, 1985).

Pe lângă transferul pacienţilor faţă de terapeut şi faţă de alţi membri ai grupului, există o a treia formă de transfer valabilă doar pentru grupuri: transferul faţă de grup ca întreg. Această formă de transfer le oferă pacienţilor oportunitatea de a examina expectaţiile pe care le au de la alte grupuri în cadrul cărora trăiesc şi lucrează. Grupul, ca entitate globală, este frecvent considerat ca o „mamă" idealizată, care gratifică întru totul şi va satisface dorinţa pacientului de reunire cu o figură care iubeşte

necondiţionat. Ca recunoaştere a acestei tendinţe, Scheidlinger (1974) a numit acest fenomen „grupul-mamă”. Când această formă de transfer este în plină dezvoltare, terapeutul poate fi văzut ca o figură maternă terifiantă în contrast cu bunăvoinţa grupului ca întreg, care oferă totul. Alţi autori (Gibbard şi Hartman, 1973) au privit transferul idealizat faţă de grup ca întreg, ca pe o poziţie defensivă care evită considerarea grupului (mamei) ca sadic (a).

Aşa cum alianţa terapeutică poate prezice succesul în terapia individuală, alianţa de grup poate oferi un prognostic bun în psihoterapia de grup. De fapt, pacienţii din terapia de grup au tendinţa să dea o mai mare importanţă factorilor care ţin de climatul relaţiilor, decât pacienţii din terapia individuală (Holmes şi Kivlighan, 2000). Deşi alianţa de grup este mai greu de definit decât alianţa terapeutică din terapia individuală, ea este în general privită drept colaborarea activă referitor la scopurile terapeutice care are loc între membri şi terapeut, între membrii grupului, precum şi între membri şi grup ca întreg (Gillaspy et al., 2002). Datele preliminare sugerează că alianţa de grup ar putea fi cel mai bun factor de prognostic al unei evoluţii bune în terapia de grup pentru pacienţii cu abuz de substanţe, într-un program de tratament instituţionalizat (Gillaspy et al., 2002).

Perlaborarea transferului şi a apărărilor constituie cea mai mare parte a sarcinii terapeutului, aşa cum se întâmplă şi în psihoterapia individuală. Într-adevăr, Ganzarain (1983) a arătat că perlaborarea este trăsătura care distinge terapia de grup psihanalitică de alte forme de terapie de grup. El a pus accentul în special pe perlaborarea anxietăţilor primitive asemănătoare celor psihotice şi pe mecanismele de apărare asociate acestora. Forţele de regresie activate de către experienţa de grup aduc pacientul în contact cu anxietatea care izvorăşte din

poziţiile paranoid-schizoidă şi depresivă, mult mai repede şi mai profund decât în tratamentul individual. Perlaborarea transferului este facilitată, de asemenea, de aportul celorlalţi membri ai grupului. Un pacient poate încerca să valideze o impresie personală referitoare la terapeut „verificând-o” cu alţi membri ai grupului. Atunci când colegii şi nu terapeutul confruntă distorsiunile inerente din percepţia transferenţială, pacientul poate fi mai dispus să asculte şi să accepte un feedback.

5.1.4 Indicaţii şi contraindicaţii

O parte dintre indicaţiile psihoterapiei dinamice de grup sunt asemănătoare celor pentru terapia individuală expresiv-suportivă. Acestea includ: 1) o puternică motivaţie, 2) o gândire orientată psihologic, 3) un nivel rezonabil de înalt al tăriei Eului, 4) un disconfort suficient pentru ca pacientul să fie dispus să îndure frustrarea inerentă procesului şi 5) probleme în relaţiile interpersonale (Yalom, 1985). Totuşi clinicianul trebuie să abordeze următoarea problemă: ce criterii specifice sugerează că pacientul este în mod special potrivit pentru psihoterapia de grup şi mai puţin pentru cea individuală?

A existat o regretabilă tradiţie în domeniu, şi anume de a considera psihoterapia de grup ca o modalitate de tratament secundară. Articolele de sinteză care compară psihoterapia individuală şi cea de grup nu susţin această eroare (Lambert şi Bergin, 1994; Mackenzie, 1996). Majoritatea acestor studii comparative nu constată diferenţe în privinţa rezultatelor. Terapia dinamică de grup este probabil o modalitate insuficient utilizată, în ciuda atractivităţii sale în termeni de eficienţă de cost. Psihoterapia de grup a pacienţilor din ambulatoriu poate fi o modalitate extrem de utilă de a menţine câştigurile terapeutice ale celor cu tulburări de personalitate, după

externarea din spitalul de zi (Bateman şi Fonagy, 2001; Wilberg et al., 2003), în unele cazuri se observă ameliorări suplimentare în grupul pacienţilor externaţi care beneficiază de acest tratament.

Anumite probleme pot fi abordate mai eficient în cadrul unui grup decât în tratamentul individual (Sadock, 1983). Pacientului care este foarte anxios în faţa unei figuri de autoritate ar putea să-i fie mai uşor să vorbească în compania colegilor de grup. Un pacient a cărui problemă primară pare să-şi aibă originea în conflictele fraterne ar putea constata că atmosfera de grup reactivează problema, într-un mod în care aceasta este mai uşor de examinat şi rezolvat. Invers, un copil unic, care a ratat experienţa de a avea un frate şi care are dificultăţi în a învăţa să împartă, în viaţa adultă, ar putea afla uneori că un grup este cel mai bun loc de a aborda aceste probleme. Pacienţii care nu sunt psihotici, dar care se bazează mult pe proiecţie ar putea beneficia de confruntările cu ceilalţi membri ai grupului, care vor dezbate în mod repetat distorsiunile aduse în faţa grupului. Pacienţii borderline care dezvoltă un transfer negativ intens în terapia individuală pot beneficia de diluarea transferului, inerentă în terapia de grup. Totuşi, aceşti pacienţi necesită aproape întotdeauna şi o terapie individuală (vezi Capitolul 15). Atunci când se combină cele două modalităţi, apar efecte de însumare şi de amplificare, atât pentru tratamentul individual, cât şi pentru cel de grup (Porter, 1993; Sperry et al., 1996). Printre efectele aditive ale terapiei individuale se numără explorarea intra-psihică profundă şi experienţa emoţională corectivă de unu-la-unu. Efectele aditive ale terapiei de grup constau în explorarea transferurilor multiple şi în asigurarea unui cadru în care pacientul poate risca să experimenteze noi comportamente. Unul dintre efectele de amplificare ale terapiei individuale este că ar putea oferi o oportunitate de

a explora materialul care apare în şedinţele de grup şi astfel ar putea preveni renunţarea prematură la terapia de grup. Un posibil efect de amplificare al terapiei de grup este o şansă în plus de a analiza rezistenţele din transfer apărute în cadrul şedinţelor individuale.

Terapia de grup este în general eficientă la pacienţii cu tulburări de personalitate, incluzând tipul isteric, obsesiv-compulsiv, precum şi unele tipuri borderline, narcisic, pasiv-agresiv şi dependent, întrucât un cadru de grup poate fi singurul loc în care aceşti pacienţi primesc un feedback despre cum îi afectează pe ceilalţi felul lor de a fi. O mare parte din psihopatologia pacienţilor cu tulburări de personalitate include trăsături de caracter egosintonice (i.e., comportamente care îi deranjează pe ceilalţi, dar nu şi pe pacient). Un feedback din partea colegilor din terapia de grup îi ajută deseori pe aceşti pacienţi să reflecteze asupra modelelor comportamentale, astfel încât aceste trăsături să devină, în final, egodistonice (i.e., deranjante pentru pacientul însuşi), ceea ce constituie primul pas spre a câştiga suficientă motivaţie pentru schimbare. Efectul psihoterapiei de grup asupra tulburărilor specifice de personalitate, precum şi indicaţiile pentru terapia combinată individuală şi de grup sunt detaliate în Secţiunea III a acestui volum.

O diferenţă evidentă dintre psihoterapia individuală şi cea de grup, în privinţa evaluării indicaţiilor, constă în faptul că terapeutul care conduce un grup trebuie să estimeze în mod constant potrivirea dintre un posibil pacient şi grup, aşa cum este el alcătuit la momentul respectiv. Un pacient borderline poate fi tolerat într-un grup de pacienţi cu un nivel înalt de tărie a Eului, dar doi ar putea copleşi grupul cu cereri disproporţionate de atenţie şi printr-un acting-out care ar crea dezordine. În mod similar, vârsta şi sexul trebuie luate în considerare atunci când se decid indicaţiile pentru un anumit grup.

Anumite simptomatologii sunt unanim considerate drept contraindicaţii pentru psihoterapia dinamică de grup. Printre ele se numără: 1) o slabă motivaţie, 2) o dezorganizare psihotică, 3) o dependenţă curentă faţă de substanţe, 4) o tulburare de personalitate de tip antisocial, 5) o somatizare severă, 6) o disfuncţie cognitivă cu substrat organic şi 7) un risc mare de suicid (Yalom, 1985). Pacienţii cu dependenţă şi cei cu trăsături de tip antisocial pot fi totuşi trataţi eficient în cadrul unor grupuri omogene, care recurg la confruntare (vezi Capitolul 12 şi 17). Ca şi în cazul indicaţiilor, anumiţi pacienţi pot fi contraindicaţi pentru un anume grup, datorită compoziţiei grupului respectiv, dar ar putea fi potriviţi pentru un grup diferit.

5.2 Terapie familială şi maritală

Deşi mulţi dintre terapeuţii care fac în prezent psihoterapie de familie şi maritală nu sunt de orientare dinamică, acest domeniu îşi are originile în lucrările unor clinicieni timpurii de orientare psihanalitică, printre care Theodore Lidz, Lyman Wynne, Nathan Ackerman, Murray Bowen şi Virginia Satir. Concentrarea atenţiei acestei terapii familiale timpurii asupra psihologiei individului s-a modificat dramatic în decadele ’50 şi ’60, datorită unui grup de cercetători de la Palo Alto, printre care Gregory Bateson, Don Jackson şi Jay Haley (Bateson et al., 1956). Terapia sistemică familială s-a dezvoltat din munca acestui grup şi, astfel, accentul s-a mutat dinspre individ spre sistemul familial. Psihopatologia individuală şi istoria personală au devenit, amândouă, secundare faţă de familia ca întreg, care a fost considerată ca un sistem cu o viaţă proprie. Până de curând, această abordare sistemică a terapiei de familie, ca şi elaborările ei ulterioare de către Minuchin (1974) şi Selvini Palazzoli et al. (1978) au

dominat amplu aria terapiei familiale.

Terapia familială Bowen îşi are originile în teoria psihanalitică, dar tehnica rezultată din ideile lui Bowen (1978) nu este una de tip dinamic, în această formă de tratament, un membru al familiei se întâlneşte cu terapeutul, cu o frecvenţă redusă (de obicei o dată pe lună), pentru a studia cu grijă modelele intergeneraţionale din familia pacientului. Pacientul este ajutat să înţeleagă în ce fel modelele curente din relaţiile familiale constituie repetiţii ale modelelor din generaţiile anterioare. Abordarea este strict cognitivă, iar pacientul nu este încurajat să-şi exprime sentimentele. Aspectele transferenţiale nu sunt considerate ca importante şi nu simt interpretate. Dimpotrivă, o dată ce pacienţii au ajuns la o înţelegere intelectuală a modelelor familiale, ei sunt încurajaţi să discute problemele nerezolvate direct cu membrii familiei care sunt vizaţi.

Fenomenele derivate din gândirea psihanalitică, de exemplu transferul şi contratransferul, sunt recunoscute de anumite modele de terapie familială şi maritală (Glick et al., 2000; Sholevar şi Schwoeri, 2003). Transferul poate apărea între doi parteneri, nu doar între pacient şi terapeut. Mai mult, cuplul sau familia ca întreg poate dezvolta transferuri intense faţă de terapeut. Asemănător cu psihoterapia de grup, terapeutul poate resimţi contratransfer faţă de cuplu sau familie ca întreg, în loc de un singur individ.

Terapia familială bazată pe relaţiile de obiect este în prezent cel mai proeminent exemplu de terapie familială psihodinamică. Întrucât discuţiile din acest capitol se referă doar la abordările dinamice, vom examina terapia familială şi maritală bazată pe relaţiile de obiect în mai mare detaliu, omiţând consideraţiile referitoare la şcolile de terapie familială, care nu sunt de orientare dinamică.

5.2.1 înţelegerea teoretică

Aplicând terapie de cuplu la Clinica Tavistock în anii ’50 şi ’60, Henry Dicks a început să remarce faptul că anumite cupluri relativ sănătoase – care păreau să aibă căsătorii satisfăcătoare – recurgeau frecvent la relaţii de obiect primitive, în cadrul căsătoriei. El a observat că fiecare partener avea tendinţa să-l perceapă pe celălalt ca şi când acela ar fi altcineva. De obicei, soţul o percepe pe soţie ca şi când ea ar fi reprezentarea unui obiect intern din propriul său psihic, frecvent propria lui mamă. În mod similar, soţia se relaţionează cu soţul său ca şi când el ar fi o simplă proiecţie din lumea ei interioară. Dicks a conchis că o sursă majoră de neînţelegeri familiale este eşecul fiecărui partener în confirmarea naturii sau identităţii adevărate a celuilalt. În schimb, partenerii au tendinţa să-l silească pe celălalt să se comporte într-un mod foarte stereotip şi restrictiv. Cuplurile tind să se deterioreze în unităţi polarizate, ca de exemplu sadic-masochist, dominator-supus, sănătos-bolnav şi independent-dependent. Dicks a recunoscut că fiecare din aceste jumătăţi polarizate forma o personalitate întreagă în cuplul marital, dar fiecare individ în parte era incomplet. Aşa cum colegul său Bion observa că grupurile exercită o forţă cu efect regresiv asupra indivizilor, Dicks a descoperit cum căsătoria are un efect de regresie similar. Chiar la persoane cu o tărie a Eului considerabilă, căsătoria pare să determine regresia lor rapidă la relaţiile părinte-copil.

Ceea ce Dicks a observat era, desigur, o formă de transfer. Partenerii cuplului repun în act, în prezent, o relaţie din trecut. În limbajul teoriei relaţiilor de obiect, soţii folosesc clivajul şi identificarea proiectivă pentru a face ca un conflict *intern* să devină *extern* sau marital, prin intermediul reprezentării unui obiect intern, de obicei un părinte, clivat şi proiectat asupra partenerului. Cel care a

utilizat proiecţia se comportă, apoi, astfel încât să-l silească pe partener să se comporte precum obiectul intern pe care l-a proiectat. Un soţ, de exemplu, care este obişnuit să fie răsfăţat de mama lui poate crea din nou, inconştient, situaţia cu mama lui în căsătoria lui, comportându-se copilăreşte şi stăruind astfel un răspuns matern din partea soţiei. Pe de altă parte, un partener marital poate proiecta o reprezentare a Sinelui asupra celuilalt şi să-l silească pe acesta să se comporte precum acea reprezentare a Sinelui, în timp ce acela care a proiectat se comportă ca o reprezentare de obiect complementar. Cazul domnului B din Capitolul 4 a constituit o astfel de situaţie. A proiectat o reprezentare a Sinelui de victimă supusă atât asupra primei, cât şi a celei de-a doua soţii, în timp ce el se comporta asemeni tatălui său, dominator şi agresiv.

Conflictul marital poate fi privit ca o recreare a conflictelor cu părinţii proprii, prin clivaj şi identificare proiectivă. Selecţia unui partener este în mod evident influenţată mult de astfel de procese. Dicks (1963) considera că astfel de alegeri sunt „foarte mult bazate pe semnale sau indicii inconştiente, prin care partenerii recunosc într-o persoană egosintonică «potrivirea» cu celălalt, pentru a perlabora sau repeta împreună anumite clivaje sau conflicte încă nerezolvate din cadrul personalităţii fiecăruia. În acelaşi timp, în mod paradoxal, partenerii consideră ca garantat faptul că împreună cu acea persoană acestea nu vor fi perlaborate” (p. 128). Astfel, cuplurile se formează prin dorinţe conflictuale, pe de-o parte de a perlabora relaţii de obiect nerezolvate şi, pe de altă parte, de a le repeta pur şi simplu.

Mai mulţi autori au extins această înţelegere de relaţii de obiect a conflictului marital la întreaga familie (Scharff şi Scharff, 1987; Shapiro et al., 1975; Slipp, 1984, 1988; Stewart et al., 1975; Zinner şi Shapiro, 1972, 1974).

Aceşti autori au observat că membrul identificat ca pacient, din cadrul unei familii, este frecvent purtătorul sau containerul părţilor clivate, inacceptabile, ale altor membri ai familiei. În acest sens, echilibrul familiei este menţinut prin acest aranjament de clivare şi identificare proiectivă. De exemplu, un adolescent poate acţiona conform unor impulsuri antisociale, care reprezintă aspecte ale unei reprezentări de Sine inacceptabile a tatălui său, ce a fost dezaprobată proiectiv de către tată şi conţinută de fiu. Un copil poate fi idealizat în acelaşi fel, prin identificare proiectivă cu aspectele pozitive ale reprezentărilor de Sine sau de obiect. Teoria relaţiilor de obiect se potriveşte bine cu terapia familială, întrucât componentele sale (de ex., clivajul şi identificarea proiectivă) asigură o punte dinspre intra-psihic către interpersonal şi dinspre individ către familie (Slipp, 1984; Zinner, 1976).

5.2.2 Tehnica

Tehnica terapiei pentru cupluri şi familii bazată pe relaţiile de obiect se dezvoltă din înţelegerea teoretică. Scopul global este de a ajuta membrii familiei sau cuplul să reinternalizeze conflictele pe care le-au externalizat prin identificare proiectivă (Scharff şi Scharff, 1991; Zinner, 1976). În practică, acest model teoretic trebuie să ajute în mod simultan cuplul să abordeze diferenţele reale şi să examineze proiecţiile fiecărui soţ, astfel încât fiecare individ să-şi recapete în final părţile proiectate, ca rezultat al terapiei (Polonsky şi Nadelson, 2003). Pentru a îndeplini acest ţel, terapeutul adept al teoriei relaţiilor de obiect se va întâlni cu familia sau cuplul pentru o şedinţă de 50 de minute, săptămânal sau la două săptămâni (Slipp, 1988).

Procesul terapeutic începe cu un diagnostic corect al modului în care reprezentările interne de Sine şi de obiect

au fost distribuite în cadrul familiei, prin clivaj şi identificare proiectivă. Când acest model devine evident, terapeutul încearcă să explice în ce mod se formează între membrii familiei un sistem inconştient, coordonat, care duce la perpetuarea comportamentului patologic în cel identificat ca pacient. Stabilitatea unei familii depinde de capacitatea unuia sau mai multor membri de a conţine diferite părţi proiectate ale altor membri ai familiei. Ca şi în cazul altor forme de psihoterapie dinamică, aceste interpretări explicative sunt, de obicei, întâmpinate iniţial cu rezistenţă. Această forţa antiterapeutică ar putea lua forma de a încerca să-l „absoarbă" pe terapeut în sistemul familial. Cu alte cuvinte, membrii familiei repetă inconştient modelele patologice familiale, în loc de a le verbaliza şi explora. În terapia maritală, de exemplu, soţul poate recurge la identificarea proiectivă faţa de terapeut, în acelaşi fel cum foloseşte identificarea proiectivă faţă de soţia sa.

Datorită acestor rezistenţe puternice, terapeuţii care aplică teoria relaţiilor de obiect în terapia familială trebuie să fie foarte mult în contact cu reacţiile lor contratransferenţiale, în sens larg sau obiectiv. Cu alte cuvinte, este de o importanţă majoră ca terapeuţii să-şi permită să fie containere pentru părţile proiectate ale membrilor familiei, astfel încât să poată diagnostica şi interpreta mai adecvat ceea ce se întâmplă în cadrul familiei (Slipp, 1988). Terapeuţii vor fi astfel într-o poziţie care le permite să identifice modelele de coluziune patologice aici şi acum în procesul terapeutic şi să facă legătura cu ceea ce se întâmplă în afara acestui proces.

Cea mai comună formă de rezistenţă la începutul terapiei maritale este ca ambii parteneri să aştepte ca terapeutul să-l „repare" pe celălalt (Jones şi Gabbard, 1988). Întrucât externalizarea conflictului asupra partenerului este atât de bine stabilită, ambii soţi sunt mai

interesaţi să-l convingă pe terapeut că ei au „dreptate”, decât să repare căsnicia (Berkowitz, 1984). Terapeuţii trebuie să evite în mod constant să ia partea cuiva în astfel de conflicte. În schimb, ei trebuie să ajute cuplurile să-şi extindă perspectiva, pentru a putea îngloba aprecierea propriei contribuţii la conflictul din cadrul căsătoriei.

Tranziţia de la a considera o problemă drept conflict marital la percepţia sa drept conflict intern jucat în cadrul cuplului este o sarcină dificilă pentru fiecare partener. Identificarea proiectivă în cadrul cuplului marital necesită o stare de conflict permanentă, iar polarizarea, inerentă în procesul de clivaj, menţine balanţa stabilă (Zinner 1976). Este posibil ca orice efort de a destabiliza acest aranjament să fie perceput ca foarte ameninţător de către ambii parteneri. Nevoia ca partenerul să fie „obiectul rău” poate să fie atât de puternică, încât toate eforturile terapeutice să fie zadarnice (Dicks, 1963). În ciuda înţelegerii interacţiuniiox patologice dintre ele, unele cupluri vor alege să trăiască într-o stare de frământare, în loc să înfrunte anxietatea asociată cu schimbarea.

Într-o analiză finală, evident, modificarea în cadrul terapiei familiale nu este responsabilitatea terapeutului – doar partenerii conjugali înşişi pot decide dacă doresc să schimbe ceva în relaţia lor. Când terapeuţii constată că investesc într-un anume rezultat, ei sunt frecvent implicaţi într-o interacţiune de coluziune, în care au fost identificaţi cu părţi proiectate de către membrii familiei. Mai mult, cu cât terapeutul insistă pentru schimbare, cu atât cuplul va opune mai multă rezistenţă. Multe rezistenţe apar întrucât un anume contract marital inconştient, implicând comportamentul ambilor membri ai cuplului sau al tuturor membrilor familiei, se confruntă cu efortul terapeutului de a schimba sistemul. Uneori, acest contract tacit trebuie identificat şi expus tuturor participanţilor la proces. Când terapia ajunge într-un impas din cauza unor astfel de

rezistenţe, este uneori util ca terapeutul să expună diferite opţiuni cuplului şi să le transmită partenerilor că simt liberi să-şi aleagă modul în care îşi vor continua viaţa. Divorţul sau nicio schimbare trebuie să se afle printre aceste opţiuni şi, de asemenea, trebuie considerate ca rezultate acceptabile de către terapeut. Doar atunci partenerii cuplului vor realiza că în final depinde de ei modul în care aleg să-şi trăiască viaţa.

5.2.3 Terapie maritală intersubiectivă şi bazată pe psihologia Sinelui

În ultimii ani conceptele psihologiei Sinelui au fost, de asemenea, aplicate la conflictul marital. Kohut (1984), într-o notă de subsol din ultima lui carte, arăta că „o bună căsnicie este aceea în care unul sau altul dintre parteneri poate face faţă provocării de a asigura funcţiile de obiect al Sinelui de care Sinele temporar incapacitat al celuilalt are nevoie la un anumit moment” (p. 220). El a notat, de asemenea, că atunci când nevoile obiectului Sinelui nu sunt suplinite de un partener, rezultatul poate fi divorţul şi o înverşunare fără sfârşit – o formă de furie cronică narcisică destul de comună.

Conflictele, care apar din nevoia de răspunsuri pentru obiectul Sinelui din partea partenerului, pot sta la baza unei strategii de terapie familială (Ringstrom, 1994, 1998; Shaddock, 1998). Ringstrom (1994) a subliniat importanţa naturii bidimensionale a transferului în terapia de cuplu (vezi Capitolul 1). Întrucât au fost frustraţi în încercările lor de a-şi vedea satisfăcute nevoile obiectului Sinelui de către celălalt, partenerii cuplului ar putea fi „prinşi în transferuri reciproc antagoniste, cu dimensiuni repetitive, unul faţă de altul, în timp ce fiecare partener trăieşte obiectul de Sine râvnit, în transferul faţă de terapeut” (Ringstrom, 1994, p. 161). Deşi această evoluţie

poate fi problematică din anumite puncte de vedere, adaptarea terapeutului la situaţie poate readuce în cuplu speranţa. Ringstrom a descris un model în şase etape bazat pe teoria intersubiectivităţii şi a psihologiei Sinelui. În primele două etape, terapeutul se pune în acord cu subiectivitatea fiecărui partener şi subliniază că niciunul nu are o versiune mai adevărată sau mai corectă asupra realităţii decât celălalt. În etapele trei şi patru, terapeutul trasează istoria dezvoltării dorinţelor frustrate ale obiectului Sinelui şi demonstrează cum fiecare partener repune în act trecutul său conflictual, într-un efort de a menţine coeziunea Sinelui. A cincea etapă include creşterea capacităţii introspective, astfel încât fiecare partener poate să-şi asume responsabilitatea pentru o parte din dificultăţile relaţionale. Etapa finală este orientată asupra capacităţii fiecărui partener de a susţine dezvoltarea personală, precum şi posibilitatea de introspecţie a celuilalt, în timp ce se acordează la perspectiva acestuia.

Ringstrom (1998) a insistat, de asemenea, asupra unei variante particulare de dificultate contratransferenţială, în care ambii membri ai cuplului sunt în competiţie pentru a extrage funcţii ale obiectului Sinelui de la terapeut. Propriile nevoi ale terapeutului de reacţii pentru obiectul Sinelui îl pot determina să fie atras în coluziune cu unul dintre membrii cuplului împotriva celuilalt. Terapeutul trebuie să încerce să restabilească o variantă specială de poziţie neutră în care să audă, să înţeleagă şi să accepte percepţia subiectivă a fiecărui partener despre celălalt, ca intrinsec validă.

5.3 Indicaţii şi contraindicaţii

Modelul de „consumator” este o abordare înţeleaptă, pe care clinicienii pot s-o utilizeze pentru a decide dacă un

pacient are nevoie de terapie individuală sau familială/maritală. Ce cere pacientul? La cabinet se prezintă un „pacient” sau doi? Discuţia este orientată pe „problema mea” sau pe „problema noastră”? Problema este privită ca având origine internă sau externă? Dacă părinţii însoţesc adolescentul, problema determinării terapiei de elecţie poate fi mai complexă. Frecvent, adolescentul nu este convins de necesitatea tratamentului şi poate rămâne tăcut în cea mai mare parte a primului interviu. Între timp, părinţii pot continua să vorbească despre problemele fiului sau fiicei lor. Clinicianul care face evaluarea trebuie să ia o decizie rapidă referitor la următoarea întâlnire. A vedea doar un „pacient” reprezintă o coluziune cu procesele de clivaj şi de identificare proiectivă din familie (Stewart et al., 1975)? Bineînţeles, atunci când este în dubiu, clinicianul poate continua pur şi simplu procesul de evaluare exploratorie, până când dinamica familială devine mai clară. Uneori, când un membru al unui cuplu sau anumiţi membri ai familiei pur şi simplu refuză să participe la procesul terapeutic, terapeutul poate fi forţat să lucreze doar cu un Singur membru al familiei sau să **renunţe la tratament.**

Slipp (1988) a subliniat faptul că identificarea nivelului de diferenţiere a pacientului de familie este un indicator bun în determinarea terapiei de elecţie. Psihoterapia individuală este probabil tratamentul de elecţie pentru adolescenţii mai mari şi adulţii tineri, care au reuşit să se separe, psihologic şi geografic, de familiile lor şi să-şi trăiască propria viaţă, având apărări destul de mature. Totuşi terapia familială sau o combinaţie de terapie familială şi individuală pare să fie foarte utilă pentru indivizi din acelaşi grup de vârstă, care încă trăiesc acasă sau care trăiesc separat, dar sunt implicaţi emoţional faţă de familia lor într-o manieră intensă şi conflictuală.

O problemă frecventă care apare în terapia individuală este cererea pacientului de a aduce partenerul de viaţă la o şedinţă, pentru a aborda aspecte legate de căsnicie. Dacă procesul individual este bine stabilit, încercarea de a-l converti, de asemenea, într-un proces de terapie maritală are rareori şanse de succes. Partenerul care este adus simte, de obicei, că terapeutul este loial în primul rând faţă de celălalt şi deci va fi rareori capabil să formeze o alianţă cu terapeutul. O soluţie mai bună constă în a recomanda cuplul unui alt terapeut marital, în timp ce procesul individual original continuă.

Terapeuţii maritali şi familiali din prezent trebuie să aplice cu grijă modelele psihodinamice legate de sex şi de roluri, care includ o orientare strict heterosexuală. Într-o eră în care mai puţin de o pătrime dintre americani trăiesc într-o căsnicie care se aseamănă familiei standard dintr-un serial de televiziune din anii ’50 (Schwartz, 2004), terapeuţii trebuie să fie dornici să afle problemele unice ale fiecărei familii sau cuplu. Prezumţiile legate de maternitate, rolurile părinţilor, precum şi ceea ce este proiectat şi introiectat trebuie să fie reevaluate în cazul familiilor homosexuale, pornind doar de la ceea ce povestesc aceste cupluri şi familii în cabinetul de consultaţii. De exemplu, cum internalizează un copil două „mame” în loc de una singură? Competiţia dintre doi părinţi de acelaşi sex ar putea fi sensibil diferită de aceea trăită de soţi de sexe diferite. Toţi aceşti factori trebuie să fie clarificaţi atunci când se evaluează şi se tratează familii şi cupluri, care nu se încadrează în modelele psihodinamice tradiţionale.

5.4 Farmacoterapia dinamică

Acum câteva decade, expresia „farmacoterapie dinamică” ar fi fost considerată o contradicţie de termeni.

Tradiţia dualismului psihic/corp a pus în opoziţie, timp de mulţi ani, abordările dinamice şi respectiv farmacologice ale tulburărilor psihiatrice. Din fericire, curentele recente de integrare au adus psihiatria contemporană într-un punct în care utilizarea combinată a medicaţiei şi psihoterapiei a devenit o practică aproape universală, atât pentru tulburările care nu sunt psihotice, cât şi pentru cele psihotice (vezi Gabbard, 1999; Gabbard şi Kay, 2001; Thompson şi Brodie, 1981).

În situaţiile în care psihoterapia formală nu face parte din tratament, gândirea psihodinamică poate fi extraordinar de utilă în ameliorarea complianţei la tratamentul psihotrop. Aproximativ o treime dintre pacienţi este de fapt compliantă în mod adecvat cu medicaţia, aşa cum este ea prescrisă, o treime este mai mult sau mai puţin compliantă, iar o treime este noncompliantă, ceea ce sugerează o proporţie a complianţei, în general, de aproximativ 50 (Wright, 1993). Complianţa pacienţilor din ambulatoriu faţă de medicaţia antidepresivă este doar de aproximativ 40 după 12 săptămâni (Myers şi Branthwaite, 1992). Dintre pacienţii cu schizofrenie, 74 din cei trataţi în ambulatoriu devin noncomplianţi faţă de tratamentul neuroleptic, la 2 ani de la externarea din spital (Weiden et al., 1995). Deşi o trecere la medicaţia depot ameliorează temporar complianţa, la 6 luni de la externare nu există o diferenţă în ceea ce priveşte complianţa pacienţilor care primesc medicare depot şi cei care primesc medicaţie orală.

După cum se discută în Capitolul 8, pacienţii bipolari sunt, de asemenea, extrem de noncomplianţi la tratamentul medicamentos. O complicaţie suplimentară în abordarea noncomplianţei este faptul că pacienţii au tendinţa de a raporta mult mai puţin în ce măsură nu urmează tratamentele prescrise. Un număr de studii au recurs la o metodă bazată pe un microprocesor pentru

monitorizarea continuă a complianţei. Prin această metodă, un circuit microelectronic înregistrează data şi ora la fiecare deschidere şi închidere a cutiei cu medicamente. Unul dintre studiile care au utilizat această tehnologie a arătat că noncomplianţa raportată de către pacient, evaluată printr-un interviu, era de 7, iar cea evaluată prin metoda bazată pe microprocesor pentru monitorizare continuă era de 53 (Dunbar-Jacob, 1993).

Aderenţa la tratamentele farmacologice nu a fost studiată sistematic în numeroasele experimente cu medicamente raportate în revistele psihiatrice. Doar mai recent cercetătorii s-au adresat impactului intervenţiei psihoterapeutice asupra complianţei faţă de medicaţie. O metaanaliză recentă asupra unor studii clinice randomizate, în depresie, a comparat tratamentul antidepresiv simplu cu tratamentul combinat: antidepresiv plus intervenţie psihologică (Pampallona et al., 2004). S-a constatat că rezultatele tratamentului combinat au fost mai bune decât cele ale tratamentului pur medicamentos. Mai mult, în terapiile mai lungi, adăugarea psihoterapiei pare să păstreze pacienţii în tratament.

Ratele de renunţare ale pacienţilor din studii au fost ameliorate prin adăugarea psihoterapiei şi se poate deduce că atenţia faţă de aspectele psihoterapeutice din farmacoterapie, chiar dacă nu se recurge la psihoterapie formală, poate duce la ameliorarea complianţei. Din perspectivă psihodinamică, concepte ca transfer, contratransfer, rezistenţă şi alianţă terapeutică simt la fel de importante atunci când se prescrie un tratament medicamentos ca şi atunci când se conduce o psihoterapie.

5.4.1 Transferul

Psihiatrul care prescrie un tratament medicamentos nu este într-o mai mică măsură o figură transferenţială

decât un psihoterapeut. Pentru pacienţi, decizia de a fi sau nu complianţi cu recomandările doctorului activează aspecte inconştiente legate de expectaţiile parentale. Atunci când pacienţii refuză să ia medicaţia aşa cum este ea prescrisă, psihiatrii reacţionează de multe ori, devenind mai autoritari, insistând ca ordinele lor să fie urmate cu stricteţe. Această abordare duce de obicei la eşec, întrucât ea doar exacerbează înclinaţia transferenţială de a considera doctorul ca pe o figură parentală autoritară. O abordare mult mai productivă constă în a obţine colaborarea pacienţilor privind explorarea îngrijorărilor acestora. O serie de întrebări, cum ar fi cele care urmează, ar putea fi utile: „Aveţi alte îngrijorări legate de urmarea tratamentului, în afara efectelor secundare?”; „Vă amintiţi anumite probleme legate de luarea medicamentelor în trecut?”; „Aţi auzit ceva la televizor sau aţi citit ceva în ziare referitor la acest medicament?”; „Familia dumneavoastră are anumite păreri legate de urmarea tratamentului medicamentos?”; „Ce credeţi că a dus la apariţia bolii dumneavoastră?”; „Această medicaţie are vreo semnificaţie anume pentru dumneavoastră?”; „Ce sentimente aveţi faţă de medicul prescriptor?”

Un pacient a resimţit prescrierea unui antidepresiv ca o imposibilitate de empatie din partea psihiatrului. Când noncomplianţa pacientului a fost discutată cu el, acesta i-a spus doctorului: „Eu căutam pe cineva care să-mi valideze sentimentele. În schimb, dumneavoastră aţi încercat să mi le trataţi cu medicamente”. Atunci când psihiatrul l-a încurajat să elaboreze mai departe, pacientul a fost capabil să lege acest sentiment de experienţele timpurii cu tatăl său, pe care îl resimţea ca neatent şi nepăsător faţă de problemele lui.

Alţi pacienţi, în special cei care au tendinţa de a controla sau domina, vor privi medicamentele ca pe o ameninţare la poziţia lor de contradependenţă.

Ciechanowski et al. (2001) au aplicat teoria ataşamentului adultului într-o încercare de a înţelege mai bine noncomplianţa pacienţilor cu diabet, care aveau un regim autocontrolat. Ei au constatat că pacienţii cu un stil de ataşament evitant au avut un nivel semnificativ mai înalt de hemoglobina glicozilată. În plus, printre pacienţii cu un stil de ataşament evitant, cei care au realizat că au o slabă comunicare cu doctorul lor au avut niveluri mai înalte decât cei care au considerat că au o bună comunicare. Adulţii cu un stil de ataşament evitant au considerat, în general, că părinţii sau cei care i-au îngrijit nu au răspuns în mod constant emoţiilor lor. Ei au devenit astfel, în mod compulsiv, autosuficienţi şi au încercat să evite tipul de relaţie bazat pe colaborare, necesar unui tratament. Deşi acest studiu nu a implicat medicamente psihotrope, el subliniază totuşi faptul că a fi compliant faţă de un tratament poate avea semnificaţia de supunere faţă de dominaţia unei figuri parentale puternice. Unor astfel de pacienţi trebuie să li se permită un oarecare control asupra deciziei de a lua medicamente (Thompson şi Brodie, 1981). În cazul pacienţilor excesiv de supuşi, se întâlneşte frecvent situaţia opusă. Pastilele îi fac pe aceşti pacienţi să se simtă „hrăniţi" şi îngrijiţi, într-o astfel de măsură încât ei ar putea decide că nu mai este nevoie să-şi asume responsabilitatea pentru niciun aspect al bolii lor.

Conflictele transferenţiale pot fi extrem de intense cu persoane „care manipulează şi resping ajutorul", dar care se plâng (Groves, 1978). Aceşti pacienţi pun în eşec fiecare intervenţie terapeutică, farmacologică sau de alt fel. Ei au experimentat frecvent o lungă listă de medicamente psihotrope, fără să resimtă niciun beneficiu. Explorarea dinamicii transferenţiale poate duce la descoperirea unui resentiment considerabil şi a unei înverşunări faţă de figurile parentale, de la care pacientul consideră că nu a primit suficientă îngrijire. Respingând ajutorul care li se

oferă, aceşti pacienţi ar putea căuta, în mod inconştient, răzbunarea împotriva părinţilor lor (Gabbard, 1988). Când astfel de pacienţi simt că-l fac pe doctorul lor să se simtă mizerabil, ei înregistrează, deseori, un triumf secret.

Un aspect unic al transferului în farmacoterapia dinamică este transferul faţă de medicaţia în sine (Gutheil, 1982). Răspunsul placebo la medicaţie are deseori aceeaşi calitate transferenţială. Un pacient maniacal, de exemplu, a devenit extrem de liniştit după o doză de 300 mg de carbonat de litiu, o reacţie care nu poate fi explicată farmacologic. Efectele secundare placebo sunt de asemenea frecvente. O altă manifestare a transferului faţă de medicaţie este răspunsul la schimbarea ritualului tratamentului la pacienţii cronici (Appelbaum şi Gutheil, 1980). Astfel de pacienţi pot avea decompensări psihotice la cea mai mică modificare a regimului lor uzual de tratament.

Relaţia transferenţială faţă de o medicaţie poate fi evidentă în situaţiile în care tabletele iau locul doctorului absent. Tabletele pot funcţiona ca obiecte tranziţionale pentru anumiţi pacienţi, permiţându-le să menţină sentimentul unei legături cu psihiatrii lor, chiar dacă îi întâlnesc pe aceştia destul de rar (Book, 1987). Pacientul poate resimţi o oarecare alinare dacă atinge sau priveşte medicamentul, în programele de formare, unde rezidenţii schimbă clinicile în fiecare an, pacienţii se pot adapta la pierderea doctorului lor, devenind foarte ataşaţi de tratamentul prescris de doctorul care pleacă (Gutheil, 1977).

Transferul de acest tip este puternic şi poate conduce la o altă formă de noncomplianţă – refuzul de a întrerupe medicaţia, din cauza semnificaţiei inconştiente a medicaţiei pentru pacient. Aspectele legate de transfer trebuie întotdeauna luate în considerare atunci când li se prescriu agenţi psihotropi pacienţilor paranoizi. În cazurile

mai puţin evidente, pacientul poate întrerupe medicaţia aparent din cauza efectelor secundare neplăcute, când de fapt el se teme să nu fie otrăvit. Insistenţa asupra complianţei va accentua în mare măsură paranoia, pe când o explorare empatică a naturii fricii sale ar putea ajuta pacientul să realizeze că frica este nefondată şi să-l privească pe terapeut ca mai puţin ameninţător (Book, 1987).

5.4.2 Contratransferul

Prescrierea tratamentului medicamentos este expusă, ca orice altă intervenţie terapeutică, la contaminarea prin contratransfer. O manifestare comună a contratransferului este prescrierea excesivă. Nu este neobişnuit ca un pacient să ajungă la spital sau la camera de gardă cu o pungă plină cu agenţi psihoactivi. Un astfel de pacient, de exemplu, lua trei antipsihotice, două antidepresive, carbonat de litiu şi două benzodiazepine. După câteva zile în spital, a devenit evident faptul că acest pacient trezea sentimente intense de impotenţă şi furie la terapeuţii săi. Medicaţia excesivă reflecta disperarea contratransferenţială a psihiatrului curant.

Rana narcisică poate juca, de asemenea, un rol în contratransfer. Unii psihoterapeuţi pot fi incapabili să prescrie o medicaţie cu adevărat necesară, întrucât ei consideră că a face acest lucru ar fi sinonim cu a accepta că abilităţile lor psihoterapeutice au fost ineficiente. Alţii pot induce sentimente de vinovăţie la pacienţii noncomplianţi, astfel încât pacienţii se vor simţi obligaţi să fie complianţi cu regimul medicamentos din dorinţa de a nu-l ofensa pe doctorul lor.

Unii psihiatri se tem de sentimentele intense, de orice fel, care pot apărea în transfer. Medicaţia poate fi considerată ca o modalitate de a se adapta la această

anxietate transferenţială. Discutarea efectelor secundare poate fi influenţată, de asemenea, de această anxietate. De exemplu, un psihiatru poate evita să vorbească despre efectele secundare sexuale ale inhibitorilor selectivi de recaptare a serotoninei (ISRS), din cauza propriului disconfort legat de discuţiile sexuale deschise. Ca rezultat, pacienţii care resimt aceste efecte pot pur şi simplu să întrerupă medicaţia, fără să-l informeze pe doctor.

Furia contratransferenţială, care este o reacţie obişnuită faţă de noncomplianţa pacienţilor, poate îmbrăca multe forme. Unii psihiatri pot să se alieze tacit cu noncomplianţa, pentru a demonstra cât de bolnavi vor fi pacienţii lor dacă nu urmează „indicaţiile doctorului" (Book, 1987). Alţii ar putea să intimideze pacienţii ca să ia medicaţia sau să-i ameninţe că vor fi excluşi din tratament dacă nu sunt complianţi. Acei psihiatri cărora le este dificil să-şi controleze furia ar putea refuza să pună Urnite pacienţilor care cer doze din ce în ce mai mari de medicamente. În aceste cazuri psihiatrul speră că satisfacerea cererilor pacientului va ţine agresivitatea şi ostilitatea în afara relaţiei terapeutice. Din păcate –, atât cererile pacienţilor, cât şi furia vor creşte de obicei.

5.4.3 Rezistenţele

Rezistenţa faţă de tratament constituie o forţă puternică în farmacoterapie, ca şi în psihoterapie. Boala poate fi preferabilă sănătăţii, din numeroase motive. De exemplu, este bine cunoscut că pacienţii cu tulburare afectivă bipolară se bucură de episoadele lor maniacale atât de mult, încât vor întrerupe tratamentul cu litiu. Într-un studiu pe pacienţi cu schizofrenie (Van Putten et al., 1976), a fost descoperită o cauza similară de rezistenţă. În această investigaţie, efectele secundare şi beneficiul secundar nu prea aveau legătură cu noncomplianţa. O

psihoză grandioasă egosintonică a fost cel mai puternic factor de discriminare, care a diferenţiat pacienţii cu schizofrenie noncomplianţi de cei complianţi. În mod clar, pacienţu noncomplianţi au preferat trăirea lor de grandoare psihotică.

Negarea boui este o altă cauză importantă de rezistenţă la farmacoterapie. Pentru unii pacienţi, orice agent psihotrop poartă stigmatul boln psihice. Când un pacient cu un episod psihotic acut intră în remisie, pacientul poate opri medicaţia antipsihotică responsabilă de remisie, întrucât tratamentul de întreţinere are conotaţia bolii psihice cronice. Pacienţii care nu sunt psihotici şi care sunt dornici să urmeze un tratament psihoterapeutic vor fi reticenţi faţă de sugestia unui tratament medicamentos, întrucât ei simt convinşi că asta înseamnă că sunt mai bolnavi decât ar vrea să creadă. În mod asemănător, pacienţii care au o rudă care a urmat tratament psihofarmacologic ar putea să se identifice inconştient cu acea rudă, atunci când li se propune aceeaşi medicaţie (Book, 1987). Această identificare poate servi ca rezistenţă faţă de acceptarea tratamentului, în special dacă ruda a avut o evoluţie extrem de nefavorabilă, cum ar fi recurgerea la suicid.

5.4.4 Alianţa terapeutică

Discuţia anterioară despre noncomplianţă ar trebui să ilustreze faptul că alianţa terapeutică joacă un rol crucial în farmacoterapia dinamică. Numeroşi autori au subliniat că realizarea alianţei terapeutice face parte din procesul de prescriere a tratamentului (Docherty şi Fiester, 1985; Elkin et al., 1988; Gutheil, 1982; Howard et al., 1970). Deşi o mare parte din cercetarea contemporană referitoare la psihofarmacologie nu cuantifică relaţia doctor-pacient, mulţi investigatori au subliniat influenţa

acesteia asupra complianţei. S-a efectuat un studiu (Howard et al., 1970) care a descoperit că aspectele subtile ale comportamentului terapeutului, incluzând entuziasmul vocal, limbajul trupului şi utilizarea numelui pacientului, au diferenţiat psihiatrii cu rate scăzute de renunţare la tratament de cei cu rate ridicate de noncomplianţă. Acest studiu a indicat, de asemenea, că atenţia acordată alianţei terapeutice la prima consultaţie a prevenit apariţia noncomplianţei la tratamentul medicamentos.

Cercetarea asupra pacienţilor depresivi a indicat că alianţa terapeutică este un factor-cheie, indiferent de tipul de tratament. Chiar dacă un pacient este tratat de la început cu medicaţie antidepresivă, conceptul psihodinamic de alianţă terapeutică este la fel de important ca atunci când un pacient efectuează doar psihoterapie. O echipă de cercetători (Krupnick et al., 1996) a examinat un eşantion de 225 de pacienţi depresivi, în cadrul Programului de Cercetare în Colaborare a Tratamentului Depresiei al Institutului Naţional de Sănătate Mintală. Clinicienii au evaluat înregistrările video ale şedinţelor de tratament din toate cele patru variante: 16 săptămâni de terapie cognitivă, 16 săptămâni de terapie interpersonală, 16 săptămâni de imipramină plus management clinic şi 16 săptămâni de placebo plus management clinic. Când au fost evaluate rezultatele pentru aceşti pacienţi, s-a constatat că alianţa terapeutică a avut un efect semnificativ asupra stării clinice, în toate cele patru variante. De fapt, contribuţia pacientului la alianţa terapeutică a influenţat în proporţie de 21 variaţia rezultatului în evaluările standardizate ale evoluţiei, iar o mai mare variaţie a rezultatului a fost atribuită alianţei globale decât metodei de tratament în sine. Nu s-au constatat diferenţe de grup semnificative între cele patru variante de tratament, în privinţa relaţiei dintre alianţa

terapeutică şi evoluţia clinică. Acesta a fost primul studiu empiric care a arătat că alianţa terapeutică are acelaşi efect asupra rezultatelor, indiferent dacă tratamentul constă în psihoterapie sau farmacoterapie.

Studiile asupra ratei de renunţare atât în cadrul tratamentului psihoterapeutic, cât şi în al celui psihofarmacologic au subliniat că expectaţiile pacientului pot influenţa eşecul (Freedman et al., 1958; Overall şi Aronson, 1963). Pacienţii simt diferiţi şi vin la psihiatru cu expectaţii diferite referitoare la tipurile disponibile de tratament. La un moment dat, în timpul primului interviu, psihiatrul trebuie să exploreze expectaţiile pacienţilor, astfel încât tratamentul prescris să fie în oarecare măsură concordant cu acestea. Dacă tratamentul ales este contrar ideilor preconcepute ale pacientului, ar putea fi necesar un efort de educaţie, pentru a convinge pacientul de utilitatea sa.

Cercetări recente despre efectul placebo oferă perspective interesante asupra rolului expectaţiei pacientului. Într-unul dintre studii (Wager et al., 2004), subiecţii au primit o cremă inactivă şi li s-a spus că are efect analgezic. Li s-a aplicat apoi un stimul dureros termic sau un şoc la încheietura mâinii. La persoanele la care s-a observat o creştere a activităţii în cortexul prefrontal înainte de aplicarea stimulului, s-au constatat, de asemenea, cea mai marcată reducere a activităţii în regiunile cerebrale implicate în sensibilitatea faţă de durere, precum şi o raportare a reducerii durerii subiective. Investigatorii au tras concluzia că rezultatele arată că anticiparea alinării durerii este în strânsă conexiune cu reducerea reală a durerii. Controlul cognitiv legat de activitatea prefrontală îi poate ajuta pe pacienţi să adopte o atitudine asociată cu alinarea durerii. În mod similar, educarea atentă a pacienţilor referitor la medicaţia prescrisă şi importanţa acordată relaţiei doctor-pacient pot

oferi un context de expectaţii pozitive, care poate facilita reducerea componentelor cognitive ale depresiei.

În Capitolul 4, conceptul de colaborare a fost subliniat în cadrul discuţiei despre alianţa terapeutică în psihoterapie. Un concept analog de „prescriere participativă" (Gutheil, 1982) este relevant pentru farmacoterapie. Tendinţa inconştientă a anumitor psihiatri de a adopta o atitudine mai autoritară atunci când prescriu o medicaţie poate conduce la noncomplianţă. Variabila referitoare la educaţia pacientului influenţează pozitiv dezvoltarea unei alianţe terapeutice în farmacoterapie. Toţi pacienţii trebuie să fie informaţi pe larg despre efectele terapeutice şi secundare ale oricărui agent farmacologic pe care îl primesc. În privinţa pacienţilor psihotici însă, această discuţie trebuie uneori să aştepte până când episodul acut este sub control farmacologic.

Putem întâlni frecvent tipuri speciale de probleme legate de complianţă atunci când medicaţia se adaugă unui proces psihoterapeutic în desfăşurare, ca în exemplul următor:

Dna D, o femeie de 39 de ani, angajată, solicită tratament psihiatric din cauza unor sentimente de depresie, scăderii energiei, lipsei satisfacţiei profesionale, dificultăţilor legate de somn şi diminuării dorinţei sexuale. Ea a părut extrem de recunoscătoare pentru ocazia de a fi ascultată de cineva. După câteva săptămâni şi deci câteva şedinţe de psihoterapie, d-na D a început să resimtă o mare încredere în terapeutul ei. Ea îşi punea sufletul pe tavă în timpul şedinţelor, cu intensitate, într-o manieră impresionantă. Cu multe lacrimi, ea a povestit dificultăţile extraordinare din viaţa sa şi problemele pe care le-a avut acasă şi la serviciu.

După aproximativ şase săptămâni de astfel de şedinţe, terapeutul i-a spus că simptomele sunt suficient de severe pentru ca el să-i prescrie un antidepresiv. Terapeutul i-a scris reţeta, i-a explicat efectele secundare pe care le-ar putea resimţi şi a trimis-o cu indicaţia de a începe să ia medicamentul imediat.

În săptămânile următoare, d-na D a venit la şedinţe şi a început să povestească din nou despre problemele ei, dar nu a pomenit deloc despre medicaţie. Când terapeutul a întrebat-o cum se simte cu medicamentul pe care i l-a prescris, ea i-a răspuns că nu are timp să meargă la farmacie să-şi ia reţeta, dar că va merge în următoarele zile. Terapeutul a subliniat din nou importanţa demarării tratamentului medicamentos cât mai repede posibil. Dna D a minimalizat faptul că nu a avut timp să-şi ia reţeta şi l-a asigurat pe terapeut că va face asta înainte de următoarea şedinţă.

După o săptămână, d-na D s-a întors la şedinţa de terapie. Din nou a relatat că nu a reuşit să meargă la farmacie. Ştiind că această lipsă de complianţă reflectă vreun proces dinamic încă neevident, terapeutul a explorat cu pacienta motivele pentru care nu ar dori să ia medicamentul. Cu oarecare reţinere, d-na D a recunoscut că îi este foarte teamă că primeşte medicaţie, întrucât terapeutul nu doreşte să audă toate problemele pe care le povesteşte în fiecare şedinţă. Dna D a resimţit prescrierea medicaţiei ca şi când i s-ar fi spus „taci din gură”. Terapeutul a întrebat-o dacă a avut experienţe similare de-a lungul vieţii. Ea a povestit că tatăl său nu era o persoană vorbăreaţă şi că a fost

pedepsită aspru, toată copilăria şi adolescenţa, pentru că se plângea mereu. Dna D a remarcat, de asemenea, că şi soţul ei era foarte asemănător şi că el a insistat ca ea să meargă la psihiatru, pentru a nu mai fi obligat să-i asculte plângerile. Ei îi era teamă că terapeutul nu o va mai primi în psihoterapie dacă va răspunde bine la tratamentul medicamentos.

Terapeutul i-a explicat că medicaţia şi psihoterapia nu se exclud şi că va continua să lucreze în psihoterapie cu ea în timp ce va urma tratamentul medicamentos. Dna D a părut liniştită după astfel de asigurări şi s-a arătat complianţă cu medicaţia, în mod regulat, în urma acestei şedinţe.

5.4.5 Tratamentul combinat

În ciuda tradiţionalei opoziţii dintre psihoterapeuţi şi farmacoterapeuţi, combinarea psihoterapiei şi a medicaţiei este o practică veche în clinica psihiatrică. Luborsky et al. (1975) au trecut în revistă 26 de studii care au evaluat tratamentul combinat şi au constatat că în 69 dintre comparaţii abordarea combinată a fost mai eficientă decât psihoterapia şi farmacoterapia luate separat. Puţini dintre clinicienii de orientare analitică nutresc încă teama că medicaţia va interfera cu procesul psihoterapeutic. Într-un studiu efectuat pe terapeuţii din cadrul Academiei Americane de Psihanaliză, 90 dintre cei care au răspuns au raportat că prescriu medicaţie (Normand şi Bluestone, 1986). Un studiu al Universităţii Columbia (Roose şi Stern, 1995) a arătat că farmacoterapia este utilizată împreună cu psihanaliza în 29 dintre cazurile supervizate în cadrul formării din institutul de psihanaliză. Aceasta sugerează că medicaţia nu mai este privită ca un factor de contaminare, care ar putea interfera cu obţinerea unui certificat de

către, analiştii în formare.

Astăzi nu se mai pune întrebarea dacă această combinaţie dintre psihoterapie şi medicaţie este benefică, ci mai degrabă în ce mod este benefică această combinaţie (Gabbard şi Bartlett, 1998; Gabbard şi Kay, 2001). Există variaţii nelimitate ale modului în care cele două abordări pot interacţiona în cazul oricărui tratament particular. Asemănător, există multe variaţii ale felului în care pacienţii răspund atunci când medicaţia este adăugată psihoterapiei pe care o fac. Unii pacienţi resimt faptul că tratamentul este lăsat pe seama medicaţiei şi că terapeutul îi abandonează (Roose şi Stern, 1995). Alţi pacienţi consideră că medicaţia îi va ajuta să obţină mai mult de la psihoterapie. Deseori, percepţiile pacientului şi ale terapeutului referitoare la contribuţia relativă a medicaţiei şi terapiei sunt de-a dreptul opuse, într-un caz în care a fost adăugat un ISRS unui pacient în analiză (Solomon, 1995), pacientul a fost convins că analistul său a considerat efectele pozitive ale medicaţiei ca fiind în primul rând de ordin psihologic. În schimb, pacientul a considerat că 90 din efectul medicaţiei era de ordin farmacologic.

Clinicienii care combină cele două abordări trebuie să fie conştienţi de „relaţionarea bimodală”, inerentă rolului dual (Docherty et al., 1977). Pacientul trebuie să fie văzut simultan ca o persoană tulburată şi ca un sistem nervos central îmbolnăvit. Prima perspectivă necesită o abordare empatică, subiectivă, pe când cea de-a doua necesită o abordare obiectivă, conformă unui model medical. Clinicianul trebuie să fie capabil să treacă în mod armonios de la un mod la altul, în timp ce rămâne atent la impactul pe care această trecere îl are asupra pacientului.

Psihiatrii care combină psihoterapia şi medicaţia pot avea dificultăţi în privinţa celui mai potrivit mod de a ridica problema medicaţiei în timpul unei şedinţe de

psihoterapie (Gabbard şi Kay, 2001). Din nefericire, strategia tehnică nu poate fi redusă la indicaţii asemănătoare „unei reţete din cartea de bucate”. Cu unii pacienţi, discuţia asupra medicaţiei va servi ca o rezistenţă la abordarea elementelor psihoterapeutice. În alte cazuri, pacientul va sublinia temele psihodinamice, pentru a capta interesul terapeutului, în timp ce va evita complet probleme referitoare la medicaţie, cum ar fi efectele secundare sexuale, de care se jenează să discute. Cu unii pacienţi, în anumite momente ale procesului terapeutic, abordarea problemelor legate de medicaţie la începutul şedinţei poate fi o soluţie optimă. Cu alţii, rezervarea unui răstimp de 5 minute, la sfârşit, pentru a discuta tratamentul medicamentos poate servi mai bine terapiei. În alte cazuri, elementele referitoare la medicaţie ar trebui intercalate cu temele psihoterapeutice, fiind discutate intermitent de-a lungul întregii şedinţe.

Compatibilitatea fundamentală dintre biologie şi psihodinamică a fost subliniată în Capitolul 1. O latură a acestei uniuni o constituie practica tot mai frecventă de a combina farmacoterapia şi psihoterapia, întrucât se construiesc în continuare legături conceptuale între cele două abordări, o mare parte din practică este încă de natură empirică. Şi aici, ca în toată psihiatria, principiul de bază trebuie să fie acela de a ajuta pacientul şi nu de a rămâne ancorat în propriile orientări teoretice.**6. Tratamente în psihiatria dinamică**

Tratamentul informat dinamic în condiţii de spitalizare completă şi parţială

Întrucât principiile psihodinamice s-au dezvoltat mai ales din practica psihanalizei, aceste precepte simt uneori concepute destul de îngust pentru a fi relevante doar tratamentului pacienţilor ambulatori. Un rezident în

psihiatrie i-a cerut ajutorul supervizorului său pentru a înţelege un pacient spitalizat însă i s-a răspuns: „Dinamica se aplică doar pacienţilor din ambulatoriu, nu şi celor internaţi”. Bineînţeles, nimic nu poate fi mai departe de adevăr. Totuşi, comentariul supervizorului reflectă un curent regretabil, existent în spitalul psihiatric modern, care consideră serviciul de psihiatrie vin simplu container, unde pacienţii aşteaptă ca medicaţia să-şi facă efectul. Tratamentul multor pacienţi este mult mai eficient dacă tratamentul din spital este abordat dintr-o perspectivă dinamică.

În ultimele două decenii, spitalele de psihiatrie au cunoscut o scădere dramatică a duratei spitalizării, legată de atitudinea agresivă referitoare la utilizare, a companiilor de asigurări şi a firmelor de management al îngrijirii (Gabbard, 1992 a, 1994). Ca rezultat, o bună parte din informaţia valoroasă extrasă din tratamentul spitalizat de lungă durată al pacienţilor cu tulburări grave a fost adaptată pentru utilizarea în alte situaţii, cum ar fi cele de spitalizare parţială sau spitalizare de zi. Totuşi, chiar şi în cadrul spitalului, strategiile care s-au bucurat de o informare psihodinamică au continuat să se dovedească foarte utile, în măsura în care au fost modificate pentru o abordare mai circumscrisă, în unităţile de îngrijire a cazurilor acute (Gabbard, 1997). Indiferent dacă tratamentul a fost efectuat în timpul unei spitalizări scurte sau al unei internări mai extinse într-un serviciu de spitalizare parţială, există anumite avantaje şi provocări asociate unui cadru în care intervin mai mulţi terapeuţi. În acest capitol voi examina modul în care gândirea psihodinamică poate fi aplicată cu succes în astfel de servicii de îngrijire.

Modelele discutate ar trebui să fie considerate a fi aplicabile, în egală măsură, în cadrul tratamentului din spitale, spitale de zi, precum şi în servicii ambulatorii de

tratament intensiv, care implică mai mulţi participanţi la procesul terapeutic.

6.1 O perspectivă istorică

Practicianul se poate inspira dintr-o lungă tradiţie de aplicare a principiilor psihanalitice în tratamentul din cadrul spitalului. Istoria noţiunii de spital psihanalitic a început cu opera lui Simmel (1929) la Schlofi Tegel din Berlin, unde acesta a remarcat că anumiţi pacienţi nu pot fi analizaţi în afara unui spital din cauza diferitelor comportamente simptomatice, cum ar fi alcoolismul sau fobiile. El a avut ideea că un spital ar putea extinde ora pacientului pe divan, prin formarea membrilor personalului spitalului pentru a conduce un tratament cvasianalitic în mediul respectiv, pe măsură ce apar elemente legate de transfer şi rezistenţă.

În creativa şi strălucita lucrare *Ghid pentru prescriere,* Will Menninger (1939/1982) a demitizat modelul psihanalizei individuale şi a încercat să aplice principiile psihanalizei direct în spital, prin manipularea mediului. Plecând de la presupunerea că toate simptomele şi tulburările de comportament derivă din tulburări ale fuziunii şi expresiei corecte a celor două pulsiuni instinctuale majore – libido şi agresivitate –, el a dezvoltat un sistem de tratament prin mediu, bazat în special pe sublimare şi care nu necesită insight. În loc să utilizeze frustrarea sau interpretarea dorinţelor şi conflictelor inconştiente, această abordare se centrează pe recanalizarea energiilor în direcţii mai puţin dăunătoare. De exemplu, Menninger a încurajat expresia directă a ostilităţii către obiecte de substitut; recomandările pentru un pacient pot merge de la demolarea unei clădiri la lovirea unui sac de box. Din păcate, acest al doilea model nu poate lua în considerare acei pacienţi cu un Eu a cărui

slăbiciune implică probleme de control al impulsurilor. Ei necesită un tratament conceput pentru a-i ajuta să dobândească un mai mare control asupra expresiei pulsiunilor şi nu pentru redirecţionarea acestei exprimări. Mai mult, această conceptualizare a fost limitată prin faptul că se raporta doar ia teoria instinctului dual din perioada respectivă, care avea tendinţa să neglijeze contextul relaţiilor de obiect, în care apar tulburări ale pulsiunilor, şi nu a permis examinarea sistematică a transferului şi contratransferului în mediul respectiv.

Cel de-al treilea model s-a dezvoltat din conştientizarea faptului că pacienţii aveau tendinţa să recreeze, cu diferiţi membri ai personalului din spital, conflictele pe care le aveau cu membrii propriei familii (Hilles, 1968). Interpretarea modelelor de comportament maladaptiv din perspectiva originii lor în trecutul pacientului era obişnuită în cadrul acestui model, care se baza tot mai puţin pe oferirea unor substitute de eliberare a nevoilor inconştiente. Mediul nu era privit ca o comunitate terapeutică în care se pune accentul pe experienţe reale, constructive, cu persoane care au probleme asemănătoare, ci era privit ca un ecran pe care se proiectează modele arhaice, pentru a fi apoi examinate.

Câţiva autori (Gabbard, 1986, 1988, 1989 c, 1992 a; Harty, 1979; Stamm, 1985 b; Wesselius, 1968; Zee, 1977) au subliniat faptul că înţelegerea contratransferului este o parte integrantă a acestui model. Influenţele contratransferenţiale apar mai degrabă regulat decât ocazional, iar examinarea sistematică a contratransferului ar trebui să facă parte din munca de rutină a echipei terapeutice. O temă care revine în diferitele variante ale tratamentului spitalizat informat psihanalitic este aceea că pacienţii recreează în mediul respectiv propriile relaţii interne de obiect. Acest punct de vedere este reflectat de încercarea de integrare a lui Kemberg (1973), prin

sintetizarea teoriei psihanalitice a relaţiilor de obiect, a teoriei sistemelor şi a utilizării proceselor de grup, într-o abordare globală a tratamentului din cadrul spitalului. Un principiu de bază al abordării sale este acela că în noi toţi există un potenţial pentru relaţiile de obiect cu nivel înalt – tipic pentru nevroza de transfer din tratamentul psihanalitic individual –, precum şi pentru un nivel mai primitiv al relaţiilor de obiect, conducând la regresia psihotică în situaţiile de grup. El a teoretizat că dacă nivelul mai înalt al relaţiilor de obiect este activat în relaţiile terapeutice individuale, versiunile mai primitive sunt mai degrabă activate în cadrul tratamentelor de grup. O combinaţie a tratamentului individual şi de grup în cadrul spitalizării oferă posibilitatea intervenţiei la ambele niveluri.

6.2 Principii dinamice în tratamentul spitalizat contemporan

O abordare dinamică asigură o înţelegere a diagnosticului, care acordă totodată o mare atenţie părţilor slabe şi tari ale Eului pacientului, relaţiilor de obiect intra-psihice ale acestuia, aşa cum se manifestă în relaţiile familiale şi sociale, capacităţii sale de abordare psihologică, precum şi originii infantile a problemelor curente. O evaluare psihodinamică poate duce clinicianul la concluzia că intervenţiile care vizează interpretarea şi descoperirea materialului inconştient nu sunt adecvate. Pentru pacienţii cu o slăbiciune semnificativă a Eului şi/sau o afectare cognitivă de origine organică, sunt recomandate abordările de susţinere a Eului şi cele destinate consolidării autostimei.

Teoriile psihanalitice ale dezvoltării sunt utile pentru conceperea planurilor terapeutice ale pacienţilor spitalizaţi. O echipă din spital, informată psihanalitic,

realizează că majoritatea pacienţilor sunt opriţi în dezvoltarea lor. Cunoaşterea teoriei psihanalitice îi permite echipei să răspundă adecvat faţă de nivelul de dezvoltare al pacientului, acceptând noţiunea că pacientul este un copil în corpul unui adult. Această perspectivă ajută membrii personalului să evite pericolul depersonificării (Rinsley, 1982), prin care ei se aşteaptă ca pacientul să se comporte ca un adult matur şi politicos, în ciuda psihopatologiei severe. O astfel de depersonificare a constituit deseori istoria vieţii pacienţilor cu tulburări severe în ceea ce priveşte interacţiunea cu membrii propriei familii.

Teoria psihanalitică oferă modele de intervenţie croite pe nevoile de dezvoltare adecvate fazei în care se află pacientul, cum ar fi reflectarea empatică (Kohut, 1971) şi asigurarea unui mediu conţinător (Stamm, 1985 a; Winnicott, 1965). În acest context, limitele asociate cu structura spitalului sunt considerate nu drept pedepse pentru un comportament imatur şi iritant, ci drept substitute externe pentru structurile intra-psihice care lipsesc. În acest sens, membrii personalului trebuie să îndeplinească funcţii de Eu auxiliar, cum ar fi testarea realităţii, controlul impulsurilor, anticiparea consecinţelor (judecată) şi accentuarea diferenţelor dintre Sine şi obiect. Din perspectiva teoriei ataşamentului, personalul mediului spitalicesc asigură o bază sigură pentru pacienţi. Afectele intense sunt conţinute pentru pacienţi, până când ele pot fi modulate de către pacienţii înşişi. Membrii personalului cultivă ataşamentul ascultând istoriile personale ale pacienţilor şi încercând să înţeleagă perspectiva lor (Adshead, 1998).

Pacienţii care se internează într-o unitate spitalicească sau într-un spital de zi au tendinţa să repete propriile relaţii familiale în mediul respectiv. Mai precis, ei externalizează relaţiile lor interne de obiect. Reluarea

relaţiilor interne de obiect ale pacientului în aria interpersonală oferită de mediu poate fi cel mai bine înţeleasă prin examinarea mecanismelor de apărare ale clivajului şi identificării proiective. Deşi aceste mecanisme operează într-o oarecare măsură la pacienţii nevrotici, ele sunt prevalente la pacienţii cu un nivel de organizare a Eului de tip borderline şi psihotic, trăsături care pot caracteriza, de asemenea, grupul de pacienţi cel mai frecvent întâlnit în mediul intraspitalicesc. Mai mult, aceste mecanisme sunt fără îndoială activate, cel puţin în parte, de dinamica de grup, inerentă în echipa de lucru dintr-un spital sau spital de zi. Clivajul şi identificarea proiectivă lucrează în tandem pentru dezaprobarea şi externalizarea reprezentărilor Sinelui sau obiectului, frecvent asociate cu stări afective specifice. Această dezaprobare proiectivă este, de asemenea, o modalitate de a sili persoanele din mediu să participe într-o versiune externalizată a unei relaţii interne de obiect.

Identificarea proiectivă operează inconştient, automat şi cu putere de constrângere. Clinicienii se simt „agresaţi” sau constrânşi în a se conforma rolului care li s-a atribuit în mod proiectiv. O axiomă de bază a tratamentului informat psihodinamic recunoaşte faptul că membrii personalului sunt mai degrabă asemănători cu pacientul, decât diferiţi de acesta. Sentimentelor, fantasmelor, identificărilor şi introiecţiilor pacienţilor le regăsim elemente corespunzătoare la membrii echipei, întrucât aceste elemente care corespund pot fi mai puternic refulate la membrii personalului atunci când sunt activate de către un pacient, ele sunt frecvent trăite ca forţe străine care se năpustesc asupra terapeutului. Symington (1990) a caracterizat acest proces de identificare proiectivă drept paradigma agresor/victimă, în care persoana este lipsită de libertatea de a-şi gândi propriile gânduri. Într-adevăr, clinicienii care sunt ţinta

materialului proiectat resimt deseori că ei sunt într-un fel de legătură strânsă cu pacientul, în care ei nu pot gândi, simţi sau funcţiona în rolul lor terapeutic obişnuit.

Definirea identificării proiective în această manieră sugerează că o mare parte din contratransferul intens trăit de membrii personalului poate fi înţeleasă ca izvorând din identificările inconştiente cu aspecte proiectate din lumea internă a pacientului. Totuşi, ar fi naiv şi simplist să considerăm că toate reacţiile emoţionale care apar la terapeuţi ar putea fi atribuite comportamentului pacienţilor. Clinicienii vor manifesta, de asemenea, reacţii emoţionale care ţin de forma clasică sau îngustă de contratransfer, în care terapeuţii reacţionează faţă de pacienţi ca şi când aceştia ar fi persoane din trecutul terapeuţilor. Unul dintre avantajele muncii în contextul unei echipe terapeutice este faptul că membrii acesteia se pot ajuta unul pe celălalt, pentru a putea diferenţia modelele contratransferenţiale caracteristice bazate pe propriile probleme psihologice ale membrilor echipei de acelea care sunt identificări impuse, cu aspecte proiectate din lumea internă a pacientului. Ar fi ideal ca fiecare membru al echipei să poată face astfel de distincţii în mod individual, dar aceste expectaţii nu sunt realiste într-un cadru cu mai mulţi terapeuţi.

Descrierea mecanismelor de clivaj şi de identificare proiectivă oferă doar o explicaţie parţială a tendinţei pacienţilor de a externaliza relaţiile interne de obiect în relaţiile din mediu. A sublinia faptul că această repetiţie apare inconştient, automat şi cu o forţă de constrângere nu explică suficient forţele motivaţionale inconştiente din spatele acestei repetiţii. Pot fi identificate cel puţin patru forţe diferite care contribuie la repetiţia relaţiilor interne de obiect (Gabbard, 1992 b; Pine, 1990).

6.2.1 Controlul activ al traumei trăite în mod pasiv

6.2.2

În recrearea modelelor internalizate de relaţionare în cadrul spitalului sau spitalului de zi, pacienţii pot încerca să stăpânească activ trauma trăita pasiv. Prin reactivarea relaţiilor problematice, pacienţii pot dobândi un sentiment de stăpânire şi control asupra relaţiilor traumatice din trecut, întrucât de data asta ei deţin puterea.

6.2.3 Menţinerea ataşamentelor

6.2.4

Unităţi ale relaţiilor de obiect sunt, de asemenea, restabilite cu terapeuţii, întrucât noile relaţii servesc drept o modalitate de a menţine ataşamentele faţă de persoanele importante din copilărie, în special părinţii. Chiar dacă relaţiile din copilărie cu părinţii au fost abuzive şi conflictuale, copilul le va privi totuşi ca surse de plăcere (Pine, 1990). O relaţie sado-masochistă este mai bună decât lipsa totală a unei relaţii (Gabbard, 1989 b). Mai mult, chiar relaţiile „rele" sau chinuitoare pot aduce alinare în sensul că ele sunt predictibile şi fiabile şi îi asigură pacientului un sentiment de continuitate şi semnificaţie (Gabbard, 1998). Alternativa constă într-un sentiment profund de abandon şi anxietatea de separare asociată acestuia.

6.2.5 Un strigăt de ajutor

6.2.6

A considera identificarea proiectivă doar ca pe un mecanism de apărare este o perspectivă îngustă (vezi Capitolul 1). După cum resimte cu putere persoana care este ţinta materialului proiectat, aceasta este şi o formă de comunicare (Casement, 1990; Gabbard, 1989 a; Ogden, 1982). Anxietăţile primitive operează într-un mod care îl

face pe pacient să resimtă o presiune extraordinară de a scăpa de afecte pe care nu le poate stăpâni, inclusiv reprezentările Sinelui şi obiectului asociate cu aceste afecte. O oarecare uşurare apare atunci când un terapeut este forţat să trăiască materialul proiectat, care este copleşitor pentru pacient. Pacientul îi poate comunica inconştient clinicianului: „Eu nu pot să exprim experienţa mea internă, dar prin crearea unor sentimente similare în tine, poate tu reuşeşti să dovedeşti empatie pentru lupta mea internă şi să mă ajuţi cumva”. Astfel, deşi identificarea proiectivă poate avea ca scop eliberarea unei persoane de sentimente copleşitoare şi externalizarea lor într-un context interpersonal, ea constituie, de asemenea, o modalitate de a căuta ajutor pentru aceste sentimente, printr-o formă rudimentară de empatie (Casement, 1990).

6.2.4 O dorinţă de transformare

Relaţiile interne de obiect abuzive pot fi de asemenea externalizate, în speranţa că ele pot fi transformate. Sandler şi Sandler (1978) au observat că pacienţii internalizează o interacţiune pe care şi-o doresc, o fantasmă a relaţionării lor cu un părinte, care le răspunde într-o manieră ce corespunde dorinţelor. În acest sens, putem trage concluzia că relaţiile anterioare sunt repetate cu speranţa inconştientă că de data asta vor fi diferite (i.e., atât obiectul, cât şi Sinele vor fi transformate în relaţia fantasmatică la care tânjeşte pacientul).

Un spital de zi sau o unitate de spitalizare obişnuită poate oferi o formă nouă şi diferită de relaţionare interpersonal! care facilitează internalizarea unei relaţionări mai puţin patologice cu obiectul. În mediul optim, scopul membrilor echipei este de a relaţiona cu pacienţii astfel încât să evite să fie provocaţi să răspundă aşa cum ar face-o reprezentările interne de obiect ale

pacienţilor. Prin faptul că nu se comportă ca toţi ceilalţi din lumea pacienţilor, ei pot oferi noi obiecte şi noi modele de relaţionare pentru pacient.

Răspunsurile iniţiale faţă de un pacient pot fi asemănătoare cu ale celorlalţi din mediul pacientului, dar pe măsură ce membrii echipei se familiarizează cu lumea obiectelor interne a pacientului, ei se străduiesc să conţină proiecţiile în loc să se identifice cu acestea. Făcând acest lucru, se rupe cercul vicios. Pacientul este confruntat cu un grup de persoane care răspund diferit de toţi ceilalţi. Aceste persoane încearcă să înţeleagă procesele interpersonale, în loc să se alăture automat „dansului" celorlalţi.

Weiss et al. (1986), care au studiat înregistrările audio ale analizelor cu nevrotici, au ajuns la concluzia că un factor curativ al analizei constă în eşecul analistului de a răspunde aşa cum se aşteaptă analizândul. Conform acestor cercetători, pacientul capătă convingeri patologice bazate pe interacţiunile timpurii cu figurile parentale, iar apoi încearcă inconştient să schimbe aceste convingeri în analiză, astfel încât să poată continua dezvoltarea. Cercetarea poate fi foarte bine aplicată într-un cadru cu mai mulţi terapeuţi, unde pacienţii testează continuu, dar inconştient, membrii echipei, pentru a vedea dacă ei vor fi diferiţi de figurile anterioare din mediul dinainte de spitalizare. Această situaţie necesită totuşi un avertisment. Membrii personalului care doar „se poartă frumos" cu pacientul îl pot împiedica pe acesta să retrăiască şi să perlaboreze vechile modele de relaţionare. Există astfel, întotdeauna, un echilibru optim între a servi drept obiect nou şi a servi drept obiect vechi, în orice mediu terapeutic (Gabbard şi Wilkinson, 1994). De-a lungul timpului, modelele de relaţionare cu „obiectul vechi" sunt înlocuite treptat de modele noi de relaţionare, bazate pe noi experienţe cu echipa terapeutică şi pe o nouă înţelegere de

către pacient a nevoii sale inconştiente de a recrea relaţiile anterioare.

În această formulare a relaţiilor interne de obiect, sarcina terapeutică este aceea de a diagnostica cu atenţie reprezentările Sinelui şi de obiect ale pacientului şi de a menţine o vigilenţă constantă în privinţa naturii Sinelui şi obiectului intern proiectat, în orice moment. În această sarcină este inclusă prezumţia că terapeuţii sunt suficient de familiarizaţi cu reprezentările interne proprii de Sine şi de obiect, astfel încât să poată face diferenţa dintre cele două tipuri de contratransfer.

În modelul de tratament bazat pe transfer-contra transfer, echipa terapeutică trebuie să menţină o deschidere faţă de sentimentele puternice provocate de aceşti pacienţi. Examinarea contratransferului trebuie să fie o parte integrantă a procesului terapeutic. Membrii echipei trebuie să accepte să servească drept containere pentru proiecţiile Sinelui şi de obiect ale pacientului şi pentru afectele legate de relaţiile de obiect. În anumite cazuri, această abordare permite evitarea atitudinii de „medic devotat" descrisă de Searles (1967/1979), în care terapeutul încearcă să fie mereu iubitor, ca o apărare împotriva tendinţei de a resimţi sadism şi ură faţă de pacient. Dacă terapeutul are reacţii emoţionale excesiv de controlate sau apărate faţă de pacient, procesul diagnostic de identificare a acestor relaţii interne de obiect va fi afectat. Mai important, procesul terapeutic va fi o şaradă; pacientul va fi incapabil să-l vadă pe terapeut ca pe o persoană adevărată implicată într-o relaţie autentică de obiect întreg.

Deschiderea faţă de reacţiile contra transferenţiale trebuie să existe în mod similar şi la nivelul grupului. Persoanele aflate în poziţii de conducere a unităţii trebuie să încurajeze o atitudine care să nu fie critică, de acceptare faţă de reacţiile emoţionale variate ale

membrilor echipei vizavi de pacienţi. Dacă cei care conduc transmit ideea că echipa ar trebui să-şi ascundă sentimentele personale pentru a le asigura un bun tratament pacienţilor, astfel de expectaţii vor intra în rezonanţă cu structura unui Supraeu deja hipertrofiat la majoritatea persoanelor care lucrează în serviciile de sănătate mintală şi vor activa suplimentar apărările interne ale acestora, orientate spre refulare, represie sau clivaj al sentimentelor inacceptabile şi al identificărilor.

În ciuda faptului că în ultimii ani a crescut presiunea pentru utilizarea întâlnirilor echipei în vederea documentării planurilor terapeutice de orientare comportamentală, reacţiile emoţionale ale membrilor echipei faţă de pacienţi trebuie să fie discutate deschis şi cu înţelegere. Dacă întâlnirile echipei devin doar şedinţe administrative orientate asupra sarcinilor, fără să existe un timp destinat prelucrării paradigmelor transferenţiale-contratransferenţiale, consecinţa va consta în disfuncţia echipei, ceea ce va afecta procesul clinic. Mai mult, echipa nu va mai fi implicată într-un tratament informat dinamic, ci doar în „managementul de caz”.

Atitudinea conducătorului unităţii sau a celui al echipei este crucială în determinarea atitudinii din cadrul discuţiilor legate de contratransfer.

Conducătorul trebuie să fie un model pentru ceilalţi membri ai echipei, prin examinarea deschisă a propriilor sentimente şi corelarea acestora cu relaţiile interne de obiect ale pacientului. Conducătorul trebuie, de asemenea, să valorizeze şi să accepte exprimarea sentimentelor din partea celorlalţi membri ai echipei şi să evite interpretarea acestora drept o manifestare a unor conflicte nerezolvate şi neanalizate ale unei persoane din echipă. Când un membru al echipei împărtăşeşte un sentiment perturbator legat de tratarea unui pacient, conducătorul trebuie să pună întrebări de genul: „De ce are nevoie pacientul să

trezească o astfel de reacţie în dumneavoastră?”, „Ce repetă pacientul?”, „Cu ce figură din trecutul pacientului vă identificaţi?”, „Cum putem utiliza sentimentele pe care pacientul le trezeşte în dumneavoastră, pentru a înţelege modul în care partenera sau prietenii reacţionează faţă de el?”. Conducătorul echipei terapeutice trebuie, de asemenea, să devină familiar cu stilul uzual al fiecărui membru al echipei de a se relaţiona cu pacienţii. Această conştientizare trebuie să includă cunoaşterea reacţiilor contratransferenţiale caracteristice la anumite tipuri de pacienţi, precum şi a unei funcţionări mai adaptative şi lipsite de conflict. Familiarizarea cu aceste aspecte îl va ajuta pe conducătorul echipei să observe deviaţiile de la modelele caracteristice de relaţionare cu pacienţii. Evident, în unele cazuri, conducătorul echipei terapeutice va trebui să abordeze anumiţi membri ai echipei în particular, referitor la nevoia acestora de terapie personală sau de schimbare a carierei.

Membrii echipei terapeutice trebuie să ştie că se pot aştepta să resimtă sentimente puternice faţă de pacient, care pot fi utilizate drept unelte diagnostice şi terapeutice. Se poate face distincţia dintre a avea sentimente puternice şi a acţiona în virtutea acestora. Evident, membrii echipei trebuie avertizaţi să remarce şi să discute cu alţi membri, dar să nu acţioneze pe baza unor sentimente de natură agresivă sau erotică. Ei trebuie să fie încurajaţi să prelucreze sentimentele lor în cadrul întrunirilor de echipă şi să folosească aceste sentimente pentru a diagnostica şi înţelege relaţiile interne de obiect ale pacientului. Pe măsură ce tratamentul progresează, membrii echipei vor înţelege mai bine relaţiile interne de obiect ale pacientului, iar astfel vor fi mai puţin înclinaţi către identificare contratransferenţială şi vor putea, în schimb, să clarifice distorsiunile pacienţilor şi natura lumii obiectelor interne ale acestora. Dacă membrii echipei au permisiunea să

trăiască sentimente contratransferenţiale puternice şi să le discute devreme în cursul tratamentului unui pacient, ei vor fi capabili să abordeze pacientul într-o manieră mai obiectivă, pe măsură ce tratamentul înaintează.

Dacă terapeuţii sunt înclinaţi să nege contratransferul lor de ură, furie şi dispreţ, datorită culpabilităţii, ei vor comunica totuşi aceste sentimente intense, într-un mod nonverbal (Poggi şi Ganzarain, 1983). Pacienţii sunt extrem de capabili să detecteze acest mod de comunicare şi pot, ca urmare, să devină din ce în ce mai paranoizi. În măsura în care membrii echipei recunosc propria lor ambivalenţă şi o abordează mai deschis, pacienţii vor fi capabili să recunoască ambivalenţa lor şi să le fie mai puţin frică de ura lor. Atâta timp cât membrii echipei neagă ura lor, ei doar confirmă frica pacienţilor că astfel de sentimente nu pot fi exprimate şi trebuie evitate cu orice preţ.

Modelul interacţiunii echipă-pacient indicat aici este asemănător cu acela propus pentru psihoterapeut în Capitolul 4. Membrii echipei din spital trebuie să evite să fie distanţi şi trebuie să se implice în câmpul interpersonal al pacientului într-o manieră spontană şi controlată totodată. Această capacitate de a-şi permite să fie „absorbit”, însă doar parţial, constituie o resursă extraordinară care le permite terapeuţilor să dobândească o înţelegere empatică a problemelor relaţionale ale pacientului (Hoffman şi Gill, 1988).

6.3 Clivajul într-un cadru cu mai mulţi terapeuţi

Unul dintre avantajele unui cadru cu mai mulţi participanţi la procesul terapeutic faţă de terapia individuală este faptul că toate reprezentările Sinelui şi de obiect ale pacientului sunt externalizate asupra diferiţilor membri ai echipei, dintr-odată, în loc să se producă asupra

psihoterapeutului singur, progresiv, de-a lungul timpului. Astfel, acest cadru serveşte ca o minunată unealtă de diagnostic şi tratament pentru înţelegerea procesului de clivaj (vezi Capitolul 2).

Clivajul în cadrul tratamentului spitalizat a fost bine descris într-o serie de lucrări asupra contratransferului intens, evocat de pacienţii cu tulburare de personalitate borderline, rezistentă la tratament (Burnham, 1966; Gabbard, 1986, 1989 c, 1992 b, 1994, 1997; Main, 1957). Cercetarea empirică sugerează faptul că mecanismul de clivaj nu apare doar la pacienţii borderline, ci este întâlnit la o largă varietate de tulburări de personalitate (Allen et al., 1988; Perry şi Cooper, 1986). Membrii echipei constată că îşi asumă şi apără poziţii total opuse, una împotriva celeilalte, cu o vehemenţă disproporţionată faţă de importanţa problemei. Pacientul a oferit o reprezentare a Sinelui unei părţi din echipa terapeutică şi o altă reprezentare a Sinelui unei alte părţi (Burnham, 1966; Cohen, 1957; Gabbard, 1986, 1989 c, 1992 b, 1994, 1997; Searles, 1965). Prin identificare proiectivă, fiecare reprezentare a Sinelui provoacă o reacţie corespunzătoare în terapeut, care poate fi înţeleasă ca o identificare inconştientă cu obiectul intern proiectat de către pacient. Paradigma transfer-contratransfer produsă de o constelaţie Sine-obiect poate să se deosebească dramatic de cea produsă de o alta. Această discrepanţă se poate manifesta în primul rând în cadrul unei întruniri de echipă, în care se discută despre pacient. Membrii echipei pot fi uimiţi de diferitele descrieri auzite şi se pot întreba unul pe celălalt: „Vorbim despre acelaşi pacient?”

Un clivaj evident de acest fel ilustrează foarte clar faptul confirmat de timp, şi anume că pacientul recreează lumea obiectelor interne în mediul spitalicesc (Gabbard, 1989 c). Diferiţii terapeuţi devin identificaţi în mod inconştient cu obiectele interne ale pacientului şi joacă

roluri într-un scenariu care este scris de către inconştientul pacientului. Mai mult, datorită elementului de control inerent identificării proiective, există deseori o calitate obligatorie a reacţiilor terapeuţilor. Ei se simt obligaţi să se comporte „ca altcineva”. Dacă nu ar fi implicată identificarea proiectivă, simplul clivaj intra-psihic care ar rezulta ar determina puţine tulburări în cadrul echipei. Nici echipa nu ar considera procesul ca unul de clivaj, întrucât membrii acesteia nu s-ar simţi în opoziţie şi furioşi unul pe celălalt.

Clivajul care apare în cursul tratamentului efectuat în spital reprezintă o situaţie specială în care atât clivajul intra-psihic, cât şi cel interpersonal se dezvoltă simultan (Hamilton, 1988). Aspectele interpersonale ale clivajului care apar în cadrul echipei însoţesc, în mod clar, clivajul intra-psihic din pacient. Identificarea proiectivă este vehiculul care converteşte clivajul intra-psihic în clivaj interpersonal.

Membrii echipei care sunt aleşi ca recipiente ale obiectelor interne proiectate de către pacient nu sunt aleşi la întâmplare. Deseori, pacienţii borderline au o capacitate neobişnuită de a detecta conflicte latente preexistente între diferiţi membri ai echipei, iar proiecţiile lor vor fi orientate în acord cu acestea. O vinietă dintr-un caz real (Gabbard, 1989 c) ilustrează această modalitate.

Dra E, o pacientă borderline de 26 de ani, a fost internată în spital de către psihoterapeutul său dr. F, din cauza unei tentative de suicid. La zece zile după internare, în timp ce ea evoca încă ideaţia suicidară, dr. F l-a abordat pe dl G, asistent medical şef al serviciului, şi i-a spus că doreşte să o conducă pe dra E la campusul colegiului local ca să se poată înscrie în semestrul următor. DI G a răspuns că, în conformitate cu regulamentul spitalului, pacienţii cu

risc suiddar nu pot părăsi unitatea. El a sugerat ca dr. F să asiste la o întrunire a personalului unităţii pentru a discuta mai mult despre managementul pacientei. Când dl G i-a explicat drei E că nu poate părăsi unitatea pentru a se înscrie, ea s-a înfuriat pe dl G, acuzându-l că este un „tiran" căruia nu-i pasă de nevoile pacienţilor. Ea l-a comparat cu dr. F, pe care l-a idealizat, spunând că el este „singurul care mă înţelege". La următoarea întâlnire de echipă s-a declanşat o disputa aprinsă între dr. F şi dl G, care era purtătorul de cuvânt al echipei din serviciul respectiv. În timpul acestei dispute, dl G i-a spus dr. F că acesta e bine cunoscut pentru dispreţul său faţă de politica spitalului şi pentru tendinţa lui de a trata pacienţii ca „speciali" Ca o replică la

această acuzaţie, dr. F i-a răspuns domnului G că este cunoscut ca fiind cel mai rigid şi

cel mai punitiv dintre toţi asistenţii medicali ai spitalului.

Acest exemplu demonstrează cum clivajul şi identificarea proiectivă nu apar fără o bază. Dra E a selectat, în mod clar, indivizii care se potriveau paradigmelor interne obiect-relaţie pe care le-a desemnat acestora. După cum au remarcat mai mulţi autori (Adler, 1985; Burnham, 1966; Shapiro et al., 1977), există întotdeauna un sâmbure de adevăr în atribuirea de proiecţii ale obiectelor interne membrilor echipei. Această vinietă reflectă, de asemenea, o observaţie făcută de Burnham 1966), care arată cum clivajul apare de obicei între acei terapeuţi care sunt partizanii cadrului de referinţă administrativ (i.e., ce este bine pentru grup) şi cei care susţin un cadru de referinţă individual, bazat pe

ceea ce este bine pentru vin anume pacient. În sfârşit, deşi toţi terapeuţii sunt supuşi riscului de a fi implicaţi în clivaje, modelul descris în această vinietă este probabil cel mai frecvent întâlnit în tratamentul pacienţilor borderline: psihoterapeutul este privit ca o figură idealizată, pe când echipa terapeutică din spital este devalorizată, fiind considerată insensibilă şi punitivă. O altă trăsătură tipică a acestui aranjament este că, în şedinţele de psihoterapie, pacientul poate omite informaţiile legate de activităţile zilnice din serviciul respectiv şi, în schimb, să se concentreze exclusiv asupra memoriilor din copilărie şi materialului transferenţial (Adler, 1985; Kemberg, 1984). În acest fel, psihoterapeutul nu este la curent cu interacţiunile problematice din cadrul serviciului şi este luat prin surprindere atunci când personalul mediu îi atrage atenţia asupra acestora.

Ca rezultat al acestei forme de clivaj, Adler (1985) nota că echipa terapeutică poate exclude psihoterapeutul din procesul planificării tratamentului. În această manieră, membrii echipei din serviciul respectiv îşi pot consolida alianţa, proiectând „răutatea" şi incompetenţa în afara grupului din secţia lor asupra psihoterapeutului. Dacă acest proces continuă necontrolat, devine imposibil pentru membrii echipei şi pentru psihoterapeut să se reconcilieze şi să se întâlnească la jumătatea drumului. Precum obiectele interne ale pacientului, aceste două laturi ale abordării terapeutice nu pot fi integrate. Puterea regresivă a grupurilor este bine cunoscută şi poate duce la utilizarea clivajului şi identificării proiective la indivizi care altfel sunt profesionişti bine integraţi (Bion, 1961; Kemberg, 1984; Oldham şi Russakoff, 1987).

Presiunea pentru o utilizare intensivă asociată cu managementul îngrijirilor poate servi ca o arie convenabilă pentru clivaj. Echipa terapeutică poate încerca să cimenteze o alianţă cu pacientul prin externalizarea

întregului potenţial de furie şi agresivitate. Inspectorul care supervizează managementul îngrijirilor constituie un depozit natural şi convenabil pentru toate sentimentele negative, care pot apărea între cei care participă la procesul terapeutic şi pacient. Astfel, inspectorului din partea asigurărilor de sănătate i se poate atribui rolul de „obiect rău” atât de către pacient, cât şi de către terapeuţi, care se pot consola reciproc în legătură cu victimizarea lor de către inspector, evitând în acelaşi timp orice discuţie directă privind furia şi agresivitatea transferenţială-contratransferenţială (Gabbard et al., 1991).

Când echipa ajunge la acest punct al fragmentării, foarte frecvent pacientul este cel blamat, considerându-se că încearcă să dezbine şi să cucerească (Rinsley, 1980). Ceea ce este deseori uitat în aceste situaţii este că procesul de clivaj este utilizat inconştient şi automat de către pacienţi pentru a-şi asigura supravieţuirea emoţională. Noi nu îi acuzăm în general pe pacienţi, pentru alte mecanisme de apărare. Singura problemă în cazul clivajului pare să fie legată de percepţia terapeuţilor că pacientul este distructiv în mod conştient şi cu maliţiozitate. Un cadru de referinţă empatic este util pentru a le reaminti membrilor personalului de îngrijire că fenomenul de clivaj este încercarea pacientului de a elimina propria tendinţă la distrugere, spre a-şi asigura protecţia personală.

Pentru a sintetiza, clivajul într-un cadru cu mai mulţi participanţi la procesul terapeutic include patru trăsături de bază: 1) procesul apare la un nivel inconştient; 2) pacientul îi percepe pe membrii echipei în feluri extrem de diferite, în funcţie de proiecţiile reprezentărilor obiectelor interne ale pacienţilor şi se poartă cu fiecare membru în mod diferit, conform acestor proiecţii; 3) membrii echipei reacţionează faţă de pacient prin intermediul identificării proiective, ca şi când ei ar fi cu adevărat aspectele

proiectate ale pacientului şi 4) ca rezultat, cei implicaţi în procesul terapeutic îşi asumă poziţii opuse, în cadrul întrunirilor de echipă referitoare la pacient şi apără aceste poziţii cu o vehemenţă extraordinară (Gabbard, 1989 c).

6.4 Managementul clivajului într-un cadru cu mai mulţi terapeuţi

Orice discuţie referitoare la managementul clivajului trebuie să înceapă cu avertismentul lui Burnham (1966) că a preveni complet clivajul nu este nici posibil, nici dezirabil. Ca şi alte mecanisme de apărare, clivajul oferă o supapă de siguranţă, care protejează pacienţii de ceea ce ei percep ca fiind o primejdie copleşitoare. Este un proces care se va dezvolta indiferent de măsurile preventive luate de terapeuţi. Este esenţial însă ca echipa terapeutică să monitorizeze în permanenţă clivajul, pentru a-l împiedica să distrugă tratamentul, să devasteze morala echipei şi să afecteze ireparabil anumite relaţii dintre membrii echipei. Din astfel de situaţii au rezultat cazuri de morbiditate psihiatrică severa şi demisii ale membrilor echipei (Burnham, 1966; Main, 1957).

Educaţia este una dintre modalităţile importante de a ajuta personalul să abordeze clivajul. Toţi profesioniştii din cadrul sănătăţii mintale, care lucrează cu pacienţi cu tulburări severe, ar trebui să aibă cunoştinţe aprofundate referitoare la conceptul de clivaj şi variantele acestuia. Dacă membrii echipei nu pot recunoaşte clivajul atunci când se dezvoltă, abordarea situaţiei poate fi fără speranţă. În discuţiile despre contratransfer, membrii personalului pot fi încurajaţi să exerseze pentru a putea conţine aspecte proiectate ale pacientului, în loc să acţioneze în conformitate cu acestea. Sentimentele intense faţă de pacienţi ar trebui privite ca un material util pentru discuţii şi supervizare mai degrabă decât ca reacţii

interzise, care ar trebui ascunse faţă de supervizori. Dezvoltând o înţelegere a mecanismului de clivaj, membrii echipei pot învăţa să evite exploatarea acestuia, refuzând să accepte idealizarea, care ar intra în coluziune cu devalorizarea altor membri ai echipei (Adler, 1973; Shapiro et al., 1977). Membrii personalului trebuie să înveţe, de asemenea, să-şi monitorizeze tendinţele contratransferenţiale de a proiecta aspecte din ei înşişi asupra pacientului.

Totuşi educaţia este doar începutul. Întâlnirile de echipă regulate şi frecvente, care includ psihoterapeutul pacientului, trebuie să facă parte din rutina unui serviciu de psihiatrie. Trebuie stabilită o atmosferă de comunicare deschisă, referitoare la conflicte, atmosferă care să fie monitorizată de către personal. Cu mulţi ani în urmă, Stanton şi Schwartz (1954) au demonstrat în mod convingător valoarea profilactică a scoaterii la iveală şi a discutării divergenţelor ascunse din cadrul echipei. Psihoterapeuţii trebuie să se considere ca făcând parte din echipa terapeutică şi să se alieze la deciziile administrative ale echipei serviciului respectiv (Adler, 1985). O aderenţă rigidă la grija legată de confidenţialitate poate alimenta tendinţele pacientului de a recurge la clivaj.

Unul dintre scopurile principale în tratamentul pacienţilor cu patologii majore de caracter este cel de a integra reprezentările clivate ale Sinelui şi obiectului. Deşi interpretarea mecanismului de clivaj poate ajuta pacienţii să dobândească o perspectivă mai moderată şi mai realistă despre ei înşişi şi despre ceilalţi, ea este rareori suficientă pentru a corecta clivajul care apare în spital la nivelul grupului. Interpretările făcute pacientului sunt considerate ca secundare altor intervenţii la nivelul interacţiunilor echipei. Corespunzător abordării de către psihoterapeut a lumii interne a pacientului este ţelul echipei de a integra şi modera obiectele externe.

În acest scop, este deseori util să se întâlnească membrul echipei identificat cu obiectul rău, terapeutul identificat cu obiectul bun şi pacientul, pentru a discuta deschis percepţia pacientului, precum şi ceea ce se întâmplă. Acest aranjament face să fie mai greu pentru pacient să menţină perspective opuse, întrucât ambii terapeuţi acţionează omeneşte şi rezonabil. Mai mult, terapeuţii care sunt puşi într-o astfel de situaţie rămân de obicei mai puţin în opoziţie şi se deplasează către o poziţie de mijloc. Va fi astfel subminată însăşi separarea impusă de mecanismul de clivaj. Deşi această confruntare poate creşte temporar anxietatea pacientului, ea transmite totodată mesajul că sentimentele negative pot fi conţinute în cadrul relaţiilor interpersonale, fără consecinţe dezastruoase.

Atunci când situaţia are o încărcătură emoţională foarte mare, încât participanţii nu doresc să se întâlnească, poate fi invitat un specialist obiectiv, care să medieze discuţia (Gabbard, 1986). Specialistul poate îndeplini rolul unui Eu observator pentru grup, încurajându-i astfel pe acei indivizi implicaţi în clivaj să se identifice cu acea funcţie, aşa cum Shapiro et al. (1977) au descris funcţia psihoterapeutului la întâlnirile cu adolescenţii borderline şi familiile lor.

Aceste întruniri presupun recunoaşterea, de către toate părţile implicate, că există un proces de clivaj în desfăşurare. O astfel de recunoaştere constituie un pas major spre managementul cu succes al clivajului. În mod normal, membrii echipei vor fi foarte reticenţi să accepte că sunt implicaţi într-un clivaj. Când este convocată o şedinţă specială pentru a discuta dinamica grupului legată de un pacient anume, poate exista o rezistenţă foarte puternică din partea membrilor, întrucât o astfel de întâlnire îl poate face pe pacient să pară prea special (Burnham, 1966). Dacă psihoterapeutul pacientului este

implicat în clivaj şi participă cu bunăvoinţă la întâlnirea echipei, s-ar putea ca acesta să vizeze altceva. În special atunci când este idealizat de către pacient, terapeutul poate să adopte o atitudine condescendentă, de educator al echipei, astfel încât membrii echipei să înţeleagă reacţiile lor contratransferenţiale şi dinamica pacientului, aşa cum înţelege şi psihoterapeutul. În această situaţie, mesajul implicit al psihoterapeutului este că înţelegând pacientul, membrii echipei vor înceta să mai dea vina pe pacient. În loc să considere această întâlnire de echipă ca o btmă ocazie de a discuta procesul de clivaj, psihoterapeutul este convins că el are dreptate, în timp ce toţi ceilalţi greşesc. Faptul că este idealizat poate fi atât de plăcut, încât terapeutul să nu dorească să examineze idealizarea ca făcând parte din procesul de apărare al pacientului (Finell, 1985). Această abordare va face, în mod evident, ca furia personatului să crească, accentuând deci clivajul.

Când se organizează o întâlnire de echipă pentru a discuta un posibil clivaj, toţi participanţii ar trebui desigur să se apropie unul de celălalt, cu prezumţia că toţi sunt clinicieni rezonabili şi competenţi, cărora le pasă de bunăstarea pacientului. Atunci când o astfel de abordare este eficientă, grupul simte că fiecare membru al personalului a adăugat o piesă de puzzle, astfel încât întregul devine mai clar (Burnham, 1966). Totuşi unele clivaje par ireparabile şi, aşa cum obiectele interne ale pacientului nu pot fi integrate, nici obiectele externe nu se pot reconcilia unul cu celălalt. Dacă psihoterapeutul joacă rolul unui obiect devalorizat, impasul poate determina uneori echipa să recomande un nou terapeut (Adler, 1985).

Cu cât clivajul va fi descoperit mai repede, cu atât el va fi mai puţin consolidat şi deci mai uşor de modificat. Anumite semnale de alarmă ar trebui monitorizate în permanenţă în cadrul întâlnirilor echipei: 1) când un

terapeut este neobişnuit de punitiv faţă de un pacient, 2) când un altul este neobişnuit de indulgent, 3) când un terapeut apără în mod repetat un pacient de comentariile critice făcute de alţi membri ai echipei şi 4) când un membru al echipei crede că nimeni altcineva nu poate înţelege pacientul (Gabbard, 1989 c).

Când membrii echipei pot trece peste mândria lor şi pot accepta că ar putea fi implicaţi într-o identificare inconştientă cu aspecte proiectate ale pacientului, ei pot dovedi empatie faţă de sentimentele şi părerile celorlalţi colegi. Această bunăvoinţă de a lua în considerare punctul de vedere al altei persoane poate duce la o colaborare spre binele pacientului, care rezultă în ameliorarea marcată a procesului de clivaj. Clivajul intern al pacientului începe deseori să se repare în acelaşi timp cu ameliorarea clivajului extern, de la nivelul echipei (Gabbard, 1986). Această dezvoltare paralelă poate fi înţeleasă ca a treia etapă a identificării proiective – reprezentarea obiectului pacientului, care a fost anterior clivată şi proiectată, a fost conţinută şi modificată de către terapeuţi şi a fost apoi reintroiectată (în forma modificată) de către pacient, într-un context interpersonal semnificativ. Prin abordarea divergenţelor dintre ei cu bună credinţă, membrii echipei pot asigura o atmosferă în care predomină experienţele bune, faţă de cele rele – o condiţie esenţială pentru a permite integrarea iubirii şi urii în pacient.

6.5 Rolul tratamentului de grup în serviciul de psihiatrie

Descrierile anterioare referitoare la introiecţia şi proiecţia reprezentărilor Sinelui şi de obiect ilustrează nevoia unei monitorizări atente a proceselor care se desfăşoară la nivelul grupului, în orice serviciu de psihiatrie. Este esenţial să aibă loc întruniri frecvente ale

echipei terapeutice pentru integrarea fragmentelor clivate care circulă printre membrii personalului şi pacienţi. În mod similar, întâlnirile regulate de grup cu pacienţii asigură o prelucrare atentă a interacţiunilor dintre membrii personalului şi pacienţi, precum şi dintre pacienţi. Ele servesc, de asemenea, la prevenirea punerii în act a conflictelor care apar în aceste relaţii. Teoria relaţiilor de obiect oferă un cadru conceptual valoros pentru înţelegerea proceselor care se desfăşoară la nivelul grupului, în serviciul de psihiatrie (Kemberg, 1973, 1984; Oldham şi Russakoff, 1987). Stanton şi Schwartz (1954) au arătat cum dinamica din cadrul grupului pacienţilor poate reflecta direct o dinamică similară în grupul membrilor personalului. Mai specific, este ceva obişnuit ca anumiţi pacienţi să pună în act unele conflicte ascunse dintre membrii personalului. Abordarea sistematică a conflictelor interpersonale atât în întâlnirile echipei terapeutice, cât şi în întâlnirile dintre pacienţi şi echipă este importantă pentru identificarea proceselor paralele din cele două grupuri.

Accentul real care se pune pe grupurile mici de pacienţi în cadrul serviciului de spitalizare sau de spitalizare de zi variază în funcţie de structura Eului pacienţilor şi de categoria diagnostică în care se încadrează aceştia. Totuşi, în general, şedinţele de psihoterapie de grup servesc drept interfaţă între dificultăţile intra-psihice ale pacienţilor şi conflictele pe care le au în mediul lor. Kibel (1987) a sugerat ca aceste grupuri să se concentreze asupra dificultăţilor interpersonale care apar în viaţa de zi cu zi dintr-un spital. Aceste dificultăţi pot fi corelate cu deficienţele şi conflictele intra-psihice ale pacienţilor. El a sugerat să nu se pună un prea mare accent pe transfer în astfel de grupuri, întrucât anxietatea generată de prelucrarea transferului ar putea copleşi atât Eul individual, cât şi pe

cel colectiv al grupului. Pe de altă parte, Horwitz (1987) considera că orientarea spre transfer poate fi importantă în grupurile de pacienţi internaţi, contribuind la întărirea alianţei terapeutice din cadrul grupului. Atunci când şedinţele grupurilor mici simt corect conduse, ele pot deveni un adevărat rai sau sanctuar, în care pacienţii să-şi poată discuta sentimentele referitoare la experienţa lor de pacienţi internaţi într-un serviciu de psihiatrie. De asemenea, în aceste şedinţe membrii echipei pot, la rândul lor, să valideze acele sentimente şi experienţe (Kibel, 1987). O utilizare mai specifică a grupurilor de pacienţi internaţi este discutată în Secţiunile II şi III ale acestui volum, în contextul unor entităţi diagnostice distincte.

6.6 Indicaţii pentru abordarea informată dinamic

S-ar putea protesta că acest model de tratament, bazat pe transfer şi contratransfer, este mai uşor de aplicat la pacienţii borderline şi cu tulburări afective, decât la cei cu schizofrenie. Pacientul cu schizofrenie, retras, pare să nu poată forma o relaţie transferenţială cu cei care îl tratează. De fapt, relaţiile interne de obiect ale pacientului cu schizofrenie sunt recreate în mediul din spital, pas cu pas, la fel ca acelea ale pacientului borderline. Ele sunt doar mai puţin dramatice. Rangell (1982) nota că afirmaţia lui Freud conform căreia pacienţii cu nevroze narcisice nu formează transferuri este singura observaţie clinică făcută de el care nu a fost validată de experienţa analitică ulterioară. Aşa cum sublinia Brenner (1982), aparenta lipsă a transferului este transferul. Pacientul cu schizofrenie a recreat propria lume de obiecte interne, precum şi pacientul borderline. Chiar şi pacienţii cu schizofrenie au setul lor unic de apărări caracterologice. Deşi mulţi pacienţi nu au nevoie de aplicarea acestui

model în timpul unei spitalizări scurte, această formă de tratament este cu siguranţă utilă pentru cei ale căror apărări afectează complianţa (vezi Capitolul 7).

O altă posibilă obiecţie este aceea că un cadru conceptual bazat pe modificarea relaţiilor de obicei nu este aplicabil în contextul unui tratament de scurtă durată în acelaşi fel în care el se poate aplica în contextul unui tratament spitalizat prelungit. Eroarea acestui argument constă în considerarea tratamentului spitalizat ca având loc într-un vid şi nu ca fiind un segment dintr-un efort continuu, care se desfăşoară de-a lungul mai multor luni sau ani. Există un efect cumulativ al diferitelor frustrări ale expectaţiilor inconştiente ale pacientului de-a lungul timpului. Doar prin eşecul repetat de a provoca acelaşi model de reacţii în terapeuţi pacienţii vor începe, până la urmă, să asimileze şi să internalizeze noile relaţii de obiect care li se prezintă. Membrii echipei unui serviciu de spitalizare completă sau parţială, psihoterapeutul, prietenii şi familia pot, în final, să ofere suficiente experienţe şi răspunsuri noi, pentru a întări Eul pacientului şi a ameliora relaţiile sale de obiect, până la un nivel suficient pentru o mai bună funcţionare în societate.

Erori serioase de tratament pot apărea la fel de uşor într-un serviciu de scurtă durată, ca şi într-unul de lungă durată. O înţelegere psihodinamică sofisticată a pacientului îi ajută pe cei care îl tratează, în eforturile lor de a evita erorile de tehnică. De exemplu, ei pot evita capcana coluziunii cu atitudinea pasivă a pacientului faţă de tratament. O noţiune dinamică fundamentală este aceea că pacientul este un colaborator în procesul terapeutic. Tratamentul informat psihodinamic încurajează pacienţii să reflecteze asupra legăturilor dintre situaţia lor prezentă şi antecedentele din copilărie, astfel încât să poată începe să înţeleagă felul în care ei perpetuează modelele formate cu mult timp în urmă. În strânsă conexiune cu această

noţiune este ideea că pacienţii sunt capabili să întreprindă acţiuni pentru a schimba situaţia lor.

În sensul original dat de Sigmund Freud (1914/1958) termenului de *acting out,* el nota tendinţa transferenţială a pacienţilor de a repeta în acţiune ceva din trecutul lor, în loc să îşi aducă aminte şi să verbalizeze acel ceva. Acelaşi fenomen apare în cadrul tratamentului spitalizat sau din spitalul de zi, în care pacienţii repetă modalitatea lor caracteristică de a-i folosi pe alţii în încercarea de a-şi gratifica propriile nevoi şi dorinţe. O altă noţiune psihodinamică de bază este aceea că pacienţii trebuie să se orienteze către reflecţie şi către verbalizarea experienţei interne, în loc să-i permită acesteia să-i împingă direct la acţiune. Acei pacienţi care, din cauza disfuncţiei cognitive, unui grad redus de inteligenţă sau tendinţei la izolare de natură psihotică, nu se pot angaja într-un schimb verbal productiv cu membrii echipei, pot totuşi să beneficieze de pe urma aspectelor experienţiale nonverbale ale formelor noi de relaţionare cu obiectele. După cum sublinia Ogden (1986), un tratament nu trebuie să fie verbal pentru a fi de natură psihodinamică.

În ultimii ani, s-au adunat dovezi care susţin eficienţa tratamentului spitalizat informat psihanalitic, în special în privinţa tulburărilor de personalitate (Dolan et al., *1997*; Gabbard et al… 2000). Datele arată că şi tratamentul care urmează după spitalizare este la fel de important pentru obţinerea unor rezultate bune. Chiesa et al. (2003) au comparat două modele de intervenţie psihosocială pentru tulburări de personalitate. Pacienţii erau repartizaţi, după ceea ce manifestau, în două grupuri, Primul grup era tratat în condiţii de internare prelungită, timp de un an, fără să existe un tratament specializat în ambulatoriu după externare. Cel de-al doilea prevedea 6 luni de tratament în condiţii de internare, urmate de 18 luni de şedinţe de terapie orientată psihanalitic, de două ori pe săptămână, în

ambulatoriu şi de încă 6 luni de intervenţie psihosocială, asigurată de asistente comunitare. Un al treilea grup a fost alcătuit dintr-un lot martor de pacienţi cu tulburări de personalitate, cărora li s-a asigurat îngrijire psihiatrică standard, fără psihoterapie. Cele două grupuri de pacienţi care au urmat un tratament informat psihanalitic au făcut dovada unei ameliorări foarte semnificative după doi ani, pe când în cel de-al treilea grup, cu îngrijire psihiatrică generală, care nu a primit un astfel de tratament, nu s-au înregistrat schimbări. Când pacienţii care au primit doar tratament spitalizat prelungit au fost comparaţi cu pacienţii trataţi conform modelului în două etape, cei cu durată de spitalizare mai scurtă urmată de tratament în ambulatoriu au înregistrat rezultate superioare.

Într-un studiu foarte sofisticat asupra tratamentului informat psihanalitic, efectuat într-un spital de zi, Bateman şi Fonagy (1991, 2001) au randomizat 38 de pacienţi cu tulburare de personalitate borderline fie pentru spitalizare parţială, fie pentru îngrijire psihiatrică generală. Pacienţii trataţi în spitalul de zi au înregistrat rezultate mult mai bune la toate evaluările şi au continuat ameliorarea, după încheierea tratamentului. Tratamentul lor s-a dovedit a fi eficient şi din punctul de vedere al costului în comparaţie cu asistenţa psihiatrică generală, pe care au primit-o ceilalţi (Bateman şi Fonagy, 2003). Acest studiu este discutat în detaliu în Capitolul 15.

În instituţiile psihiatrice contemporane, teoria şi tehnica psihodinamică trebuie să-şi capete locul lor alături de intervenţiile psihofarmacologice, abordarea familiei, teoria sistemelor şi considerentele socioculturale. Chiar şi cu pacienţii care nu simt rezistenţi la tratament, marele avantaj al acestei abordări, prin prisma relaţiilor de obiect, este că oferă membrilor echipei un sentiment de control asupra reacţiilor contratransferenţiale intense. Educaţia şi înţelegerea oferite membrilor echipei de către un clinician

informat psihodinamic fac ca munca acestora să fie mai suportabilă şi mai semnificativă, în condiţiile unor atacuri emoţionale permanente din partea pacienţilor cu tulburări severe. **Secţiunea îi**

ABORDĂRI DINAMICE ALE TULBURĂRILOR DIN AXA I7. Schizofrenia

Nu există perioadă de dezvoltare atunci când fiinţa umană există în afara teritoriului relaţional interpersonal.

Harry Stack Sullivan

Factorii genetici joacă un rol major în dezvoltarea schizofreniei. Studiile cel mai bine controlate sugerează o concordanţă pentru schizofrenie la gemenii monozigoţi între 40 şi 50, în timp ce concordanţa la gemenii dizigoţi este aproximativ similară cu cea găsită la fraţi (Kety, 1996; Plomin et al., 1990). Totuşi, la fel ca pentru toate bolile psihiatrice de fapt, nu sunt implicate modele clar mendeliene de transmitere. Se pare că există o eterogenitate genetică – cu alte cuvinte, sunt implicate probabil mai mult decât o singură genă afectată şi există mai mult decât un singur tablou genetic subiacent bolii. De asemenea, se pare că se aplică şi penetranţa incompletă, deoarece mai puţin de jumătate dintre perechile de gemeni monozigoţi simt concordante. Şi factorii de mediu par să fie implicaţi în dezvoltarea schizofreniei, deşi nu există deocamdată un consens privind natura exactă a acestor injurii de mediu. Printre factorii posibili se află traumele la naştere, infecţia virală în cursul sarcinii, probleme ale aportului sanguin intrauterin, factori nutriţionali, accidente de dezvoltare şi unele traume din copilărie (Kety, 1996; Olin şi Mednick, 1996). Cercetări recente arată că faptul de a fi crescut într-un mediu urban (Pedersen şi

Mortensen, 2001) şi traumatismele cranio-cerebrale în copilărie (Abdelmalik et al., 2003) ar putea să crească riscul pentru dezvoltarea schizofreniei.

Niciunul dintre rezultatele cercetărilor biologice nu atenuează impactul unui fapt ireductibil – schizofrenia este o boală care survine la o persoană cu o configuraţie psihologică unică. Chiar dacă factorii genetici ar reprezenta 100 din etiologia schizofreniei, clinicienii tot s-ar confrunta cu un individ complex din punct de vedere dinamic, care reacţionează la o boală profund perturbantă. Abordări psihodinamice sofisticate ale îngrijirii pacientului schizofren vor continua întotdeauna să fie componente vitale ale arsenalului terapeutic al clinicianului.

Probabil că nu mai mult de 10 dintre pacienţii schizofreni pot să funcţioneze cu succes cu un tratament constând doar în medicaţie antipsihotică şi internare de scurtă durată (Meglashan şi Keats, 1989), Restul de 90 pot beneficia de abordări terapeutice de inspiraţie dinamică, incluzând farmacoterapia dinamică, terapia individuală, terapia de grup, abordările familiale şi antrenarea pentru îndeplinirea de sarcini, ca elemente cruciale în îngrijirea cu succes a schizofreniei lor.

Nu există un tratament unic al schizofreniei. Toate intervenţiile terapeutice trebuie să fie croite pentru nevoile unice ale pacientului individual. Schizofrenia este o boală eterogenă cu manifestări clinice variate, O organizare folositoare a descrierii simptomatologiei tulburării este o clasificare în trei grupe: 1) simptome pozitive, *2)* simptome negative şi 3) tulburări ale relaţiilor personale (Andreasen et al., 1982; Keith şi Matthews, 1984; Münich et al., 1985; Strauss et al., 1974). Pentru prima dată propus de Strauss et al. (1974), acest model distinge trei procese psihopatologice separate întâlnite la pacienţii schizofreni. Această clasificare este una dintre mai multe care au fost sugerate. Unii propun ca a treia

grupă să cuprindă simptomele de dezorganizare mintală sau cognitivă. Eu am ales să mă concentrez asupra tulburărilor relaţiilor personale datorită relevanţei lor pentru o abordare terapeutică de inspiraţie psihodinamică. Printre simptomele pozitive se numără tulburările conţinutului gândirii (cum sunt delirurile), tulburările de percepţie (cum sunt halucinaţiile) şi manifestările comportamentale (cum sunt catatonia şi agitaţia) care se dezvoltă în timp scurt şi adesea însoţesc un episod psihotic acut.

În timp ce simptomele pozitive floride constituie „o prezenţă" incontestabilă, simptomele negative ale schizofreniei sunt mai bine categorisite ca „o absenţă" a funcţiei. Simptomele negative includ afectul restricţionat, sărăcia gândirii, apatia şi anhedonia. Pacienţii la care predomină un tablou simptomatologie negativ pot fi caracterizaţi printr-un număr de trăsături care indică anomalii structurale cerebrale, incluzând adaptare premorbidă deficitară, performanţă şcolară redusă, dificultate mai mare în menţinerea serviciului, rezultate slabe la testele cognitive, răspuns slab la tratament, debut precoce şi dificultăţi premorbide în funcţionarea socială şi instrumentală (Andreasen et al., 1990).

Carpenter et al. (1988) au sugerat o distincţie suplimentară în cadrul simptomelor negative. Ei au remarcat că anumite forme de retragere socială, afect plat şi sărăcire aparentă a gândirii pot să fie de fapt secundare anxietăţii, depresiei, deprivării ambientale sau efectului medicamentelor. Aceste manifestări nu ar trebui să fie etichetate ca *simptome negative* pentru că au durată scurtă şi sunt secundare, Carpenter et al. (1988) au propus termenul de *sindrom deficitar* pentru a se referi la simptomele negative clar primare care persistă în timp. **E**urata simptomelor negative este, de asemenea, semnificativă pentru prognostic. Kirkpatrick et al. (2001)

au subliniat că patologia deficitară defineşte un grup de pacienţi cu o boală care este fundamental diferită de schizofrenia fără trăsături deficitare. Ei au semnalat că tulburarea deficitară are o evoluţie diferită, corelaţii biologice diferite şi un răspuns terapeutic diferit.

La fel ca simptomele negative, tulburările relaţiilor personale tind să se dezvolte pentru o perioadă lungă de timp. Aceste probleme se alimentează dintr-un substrat caracterologic şi includ numeroase dificultăţi interpersonal la fel de variate ca şi manifestările personalităţii umane. Manifestările principale ale tulburării relaţiilor interpersonale includ retragerea, expresiile inadecvate ale agresivităţii şi sexualităţii, lipsa conştienţei pentru nevoile celorlalţi, solicitările excesive şi inabilitatea de a avea contacte semnificative cu alţi oameni. Această a treia categorie este mai puţin riguros definită faţă de celelalte două pentru că în mod fundamental fiecare schizofrenic se confruntă cu probleme în relaţionarea interpersonală. Într-adevăr, toate cele trei categorii au zone largi de suprapunere şi un pacient schizofren se poate deplasa de la o formă la alta în cursul evoluţiei bolii. Cel mai folositor aspect al acestor trei modele este că ele facilitează categorisirea principalelor manifestări ale bolii în fiecare moment, astfel ca tratamentul să poată fi adaptat în mod adecvat. Aceste distincţii au valoare euristică şi practică nu numai la nivelul simptomelor descriptive, ci şi pentru evaluarea consideraţiilor dinamice.

7.1 înţelegerea psihodinamică a schizofreniei

Au fost propuse numeroase modele psihodinamice pentru a ajuta clinicienii în înţelegerea procesului schizofrenic. Controversa conflict versus deficit (descrisă în Capitolul 2) este o caracteristică proeminentă în discuţiile teoriilor schizofreniei. Freud însuşi a oscilat între

modelul conflictului şi modelul deficitului în schizofrenie pe parcursul evoluţiei propriei lui conceptualizări (Arlow şi Brenner, 1969; Grotstein, 1977 a, 1977 b; London, 1973 a, 1973 b; Pao, 1973). Multe dintre conceptualizările lui Freud (1911/1958, 1914/1963, 1915/1963, 1924 a/ 1961, 1924 b/1961) s-au dezvoltat din noţiunea sa de investire, care se referă la cantitatea de energie ataşată oricărei structuri intra-psihice sau reprezentări de obiect. El era convins că schizofrenia se caracterizează prin dezinvestirea obiectelor. Uneori, el a folosit acest concept de dezinvestire pentru a descrie detaşarea investirii emoţionale sau libidinale de la reprezentările intra-psihice ale obiectului; alteori, el a folosit termenul pentru a descrie retragerea sociala faţa de persoane reale din mediu (London, 1973 a). Freud a definit schizofrenia ca regresie de răspuns la frustrare şi conflictul intens cu ceilalţi. Această regresie de ia relaţionarea de obiect la un stadiu autoerotic de dezvoltare a fost însoţită de retragerea investiţiei emoţionale de la reprezentările de obiect şi de la figurile externe, fapt care explică aspectul de retragere autistă la pacienţii schizofreni. Freud (1914/1963) a postulat că investirea pacientului era apoi reinvestită în Sine sau Eu.

Alţi autori (London, 1973 a, 1973 b; Wexler, 1971) au văzut teoria lui Freud a dezmvestirii ca o confirmare a modelului deficitar în schizofrenie deşi, în mod clar, Freud a încercat să ia în calcul şi conflictul. După ce a dezvoltat modelul structural, şi-a revizuit în mod corespunzător şi viziunea asupra psihozei (Freud, 1924 a/1961, 1924 b/1961). În timp ce nevroza era văzută ca un conflict între Eu şi se, psihoza era privită ca un conflict între Eu şi lumea exterioară. Psihoza implica o tăgăduire şi consecutivă remodelare a realităţii. În ciuda acestei revizuiri, Freud a continuat să vorbească de retragerea investirii şi reinvestirea sa în Eu. El a folosit retragerea investirii

obiectului pentru a explica observaţia sa că, faţă de pacienţii nevrotici, pacienţii schizofreni erau incapabili să dezvolte transferuri.

Noţiunea lui Freud că pacienţii schizofreni nu dezvoltă ataşamente transferenţiale era fără îndoială legată de faptul că el nu a încercat eforturi terapeutice intensive cu astfel de pacienţi. Pe de altă parte, Harry Stack Sullivan şi-a dedicat viaţa tratamentului schizofreniei şi a ajuns la concluzii foarte diferite. El credea că etiologia tulburării rezultă din dificultăţi interpersonale precoce (în special în relaţia copil-părinte) şi a conceptualizat tratamentul ca un proces interpersonal pe termen lung care încearcă să abordeze acele probleme precoce. După Sullivan (1962), mamele deficiente îi produc bebeluşului un Sine încărcat cu anxietate şi împiedică obţinerea satisfacerii nevoilor de către copil. Acest aspect al experienţei Sinelui este apoi disociat, dar afectarea autostimei este profundă. În viziunea lui Sullivan, debutul schizofreniei era o retrezire a Sinelui disociat care conduce la o stare de panică şi apoi la dezorganizarea psihotică. Sullivan considera că întotdeauna este prezentă capacitatea pentru relaţionare interpersonală, chiar la cei mai retraşi pacienţi schizofreni. Munca lui de pionierat cu pacienţii schizofreni a fost dusă mai departe de către discipolul său, Frieda Fromm-Reichmann (1950), care a subliniat că persoanele cu schizofrenie nu sunt fericite cu starea lor de retragere. Sunt oameni fundamental singuratici, care nu-şi pot depăşi frica şi neîncrederea în ceilalţi cauzate de experienţele nefaste precoce din viaţa lor.

În timp ce Sullivan şi urmaşii lui au dezvoltat teorii interpersonale, susţinătorii timpurii ai psihologiei Eului observau că perturbările delimitării graniţelor Eului reprezintă unul dintre principalele deficite la pacienţii schizofreni. Fedem (1952) nu era de acord cu aserţiunea

lui Freud că investirea obiectului era retrasă în schizofrenie. În loc de aceasta, Federn sublinia retragerea investirii graniţelor Eului. El a observat că, în mod caracteristic, pacienţii schizofreni nu au bariere între ceea ce este înăuntru şi ceea ce este în afară, deoarece graniţa Eului lor nu mai este investită psihologic (aşa cum este la pacienţii nevrotici).

Multe dintre aceste formulări psihanalitice timpurii au creat dificultăţi profunde între clinicienii care tratau pacienţi cu schizofrenie şi familiile acelor pacienţi. Termeni ca *mamă schizofrenogenă* au generat o atmosferă în care mamele se simţeau blamate pentru că au cauzat schizofrenia copiilor lor. În ultimele decenii au apărut formulări psihodinamice mai sofisticate ale schizofreniei (Arlow şi Brenner, 1969; Blatt şi Wild, 1976; Grand, 1982; Grotstein, 1977 a, 1977 b; Mahler, 1952; Ogden, 1980, 1982). Cele mai multe dintre aceste teorii se bazează pe reconstrucţii din lucrul cu pacienţii adulţi. Cu alte cuvinte, clinicienii au studiat procesele mintale în cadrul psihoterapeutic şi apoi le-au extrapolat înapoi în teritoriul de dezvoltare din copilărie. Din nefericire, multe dintre formulările psihanalitice nu integrează rezultatele cercetărilor biologice în teoriile lor asupra etiologiei.

Mai multe configuraţii psihologice reflectă interfaţa dintre neurobiologic şi psihologic. Copiii care în final dezvoltă schizofrenie au o aversiune pentru relaţiile de obiect, ceea ce face legătura cu ei dificilă. Hipersensibilitatea la stimulare şi dificultăţile de atenţie şi concentrare sunt, de asemenea, trăsături obişnuite ale personalităţii preschizofrenice. Cercetările au sugerat că pierderile regionale difuze ale blocajului senzorial normal în sistemul nervos central ar putea fi caracteristice schizofreniei (Freedman et al., 1996; Judd et al., 1992), astfel încât pacienţii vor putea selecta cu dificultate stimulii irelevanţi şi, în consecinţă, se vor simţi în mod

cronic supraîncărcaţi senzorial. Robbins (1992) indica o corelaţie între stările emoţionale asociate uitării şi atrofia corticală şi scăderea activităţii lobilor frontali la pacienţii schizofreni. Acest grup de trăsături luate împreună duce la provocări complicate pentru părinţii şi îngrijitorii care trebuie să se adapteze la cererile unor astfel de copii. Într-un studiu prospectiv construit elegant (Cannon et al., 2002), deficitele semnificative neuromotorii ale înţelegerii limbajului şi dezvoltării cognitive din cursul copilăriei sunt predictive pentru tulburările schizofreniforme.

Teoriile etiologice şi patogenice trebuie să ţină cont de evidenţa faptului că factorii genetici joacă un rol-cheie. În absenţa unor astfel de factori, chiar situaţii familiale marcant disfuncţionale nu vor produce schizofrenie la descendenţi (Wahiberg et al., 1997). Una dintre cele mai restrictive ipoteze este cea a lui Kendler şi Eaves (1986), care postulează că genele controlează gradul în care un individ este sensibil la aspectele de mediu care creează predispoziţii şi cresc riscul pentru boală versus aspectele sale protective care reduc riscul. Într-adevăr, comparaţi cu subiecţi din loturi de control, pacienţii cu nivel înalt al riscului familial pentru psihoză reacţionează cu intensitate emoţională mai mare la stresul existenţial cotidian (Myrin-Germeys, 2001). Această teorie a controlului genetic al sensibilităţii faţă de mediu a fost susţinută de un studiu finlandez în care un grup de 58 de copii adoptaţi cu mame biologice schizofrene a fost comparat cu un grup de control de 96 de copii adoptaţi cu risc genetic obişnuit (Wahiberg et al., 1997). Printre descendenţii părinţilor adoptivi cu un nivel înalt de abatere de comunicare, o proporţie mai mare a copiilor cu risc genetic marcat au prezentat tulburări de gândire, în comparaţie cu grupul de control. În acest model conceptual, accentul cade pe „adaptarea” dintre copil şi familie. Un subgrup de copii adoptaţi cu risc genetic înalt nu s-au „adaptat” cu părinţii

lor adoptivi care se caracterizau prin abatere marcată de comunicare.

Una dintre implicaţiile acestui model conceptual este că o experienţă pozitivă de creştere poate proteja indivizii cu risc înalt faţă de viitoarea dezvoltare a schizofreniei. Această viziune a fost susţinută de Studiul finlandez pe familii adoptive (Ticnari et al., 1994). În această investigaţie, copiii mamelor schizofrene care au avut o experienţă adoptivă pozitivă au fost protejaţi de apariţia ulterioară a schizofreniei, în timp ce indivizii vulnerabili genetic care trăiesc într-o familie adoptivă perturbată tindeau să dezvolte boala. Într-o comunicare mai recentă pe descendenţii adoptaţi ai mamelor cu tulburări din spectrul schizofreniei, Ticnari şi colegii (2004) au vizitat adoptaţii şi familiile lor adoptive la domiciliu şi au măsurat disfuncţiile familiale pe o scală de la „sănătos” la „disfuncţional sever”. Investigatorii au conchis că acei copii cu risc înalt care au fost adoptaţi au avut o mai mare tendinţă de a dezvolta schizofrenia dacă a existat o disfuncţie familială semnificativă. Această legătură nu a fost prezentă la cei cu risc genetic scăzut. Deci aceste rezultate susţin ideea că există o interacţiune între riscul genetic şi factorii de mediu în schizofrenie.

Într-o trecere în revistă a datelor din literatură, Olin şi Mednick (1996) au identificat caracteristici premorbide care par a fi markerii de risc pentru o viitoare psihoză. Aceste caracteristici se pot împărţi în două categorii: 1) factori etiologici precoce, incluzând complicaţiile perinatale, istoricul familial de schizofrenie, expunerea mamei la infecţia cu virusul gripal, deficitele neurocomportamentale, separarea de părinţi în primul an de viaţă, funcţionarea familială defectuoasă şi instituţionalizarea în perioada de creştere şi 2) precursori comportamentali şi sociali ai bolii psihice identificaţi de clinicieni şi profesori şi variabile de personalitate relevate

la interviuri şi chestionare. Cu alte cuvinte, există o interacţiune între vulnerabilitatea genetică, atributele mediului şi trăsăturile individuale.

O mare parte din literatura psihodinamică despre schizofrenie este axată pe consideraţiile terapeutice. Într-adevăr, înţelegerea psihodinamică este relevantă pentru tratamentul schizofreniei, indiferent de etiologia acesteia. Unele elemente comune străbat multe dintre teoriile psihodinamice care susţin abordarea pacientului de către clinician. În primul rând, simptomele psihotice au sens (Karon, 1992). Delirurile de grandoare sau halucinaţiile, de exemplu, urmează adesea imediat după o insultă a autostimei pacientului schizofren (Garfield, 1995; Garfield et al., 1987). Conţinutul grandios al gândirii sau percepţiei este efortul pacientului de a compensa rana narcisică.

O a doua temă este că, pentru aceşti pacienţi, relaţionarea umană este încărcată cu teroare. Anxietăţile intense implicate de contactul cu ceilalţi sunt evidente chiar dacă etiologia nu poate fi în întregime explicată. Îngrijorarea pentru integritatea limitelor propriului Eu şi frica de fuziunea cu ceilalţi reprezintă o problemă continuă care este adesea rezolvată prin izolare. Relaţiile terapeutice reprezintă o provocare pentru ca astfel pacientul să devină capabil să aibă încredere că nu va avea loc o catastrofă dacă va fi în contact cu ceilalţi. În sfârşit, o a treia direcţie comună implică acea convingere a tuturor autorilor de orientare psihodinamică referitor la faptul că relaţiile terapeutice informate psihodinamic cu clinicieni sensibili pot ameliora fundamental calitatea vieţii pacienţilor schizofreni. Într-un studiu pe pacienţi schizofreni complet remişi (Rund, 1990), 80 fuseseră în psihoterapie pe termen îndelungat şi acordaseră acesteia o mare importanţă. Chiar atunci când recuperarea completă nu este atinsă, relaţia terapeutică poate fi totuşi de o extraordinară valoare în adaptarea generală a pacientului

la viaţă.

7.2 Abordări terapeutice

7.2, 1 Farmacoterapia

Studii bine concepute şi controlate demonstrează din plin că medicaţia antipsihotică este foarte eficientă în tratarea simptomelor pozitive ale schizofreniei. Accesibilitatea pacienţilor schizofreni la toate celelalte forme de intervenţii terapeutice este foarte mult amplificată de utilizarea judicioasă a antipsihoticelor. Keith şi Matthews (1984) au susţinut chiar că „eliberarea de simptomele pozitive abordează un statut sine qua non pentru tratamentele psihosociale" (p. 71). Simptomele negative şi tulburările relaţiilor interpersonale sunt totuşi mult mai puţin influenţate de medicaţie şi de aceea necesită abordări psihosociale.

Unele dintre substanţele antipsihotice noi şi atipice (cum sunt clozapina, risperidona şi olarizapina) par să aibă un impact mai mare asupra constelaţiilor de simptome negative.

Deoarece sunt disponibile numeroase texte remarcabile de psihofarmacologie, eu mă voi axa aici pe abordările terapeutice psihosociale. După cum s-a discutat în Capitolul 5, noncomplianţa la medicaţia prescrisă este o problemă curentă în tratamentul multor pacienţi schizofreni. Psihiatrii de orientare dinamică implicaţi în terapia pe termen lung a pacienţilor cu schizofrenie trebuie să vadă în complianţa la medicaţie o preocupare în cadrul tratamentului. Fiecare pacient trebuie să fie informat despre faptul că recăderea este probabila în eventualitatea opririi medicaţiei, despre semnele dischineziei tardive şi despre managementul efectelor secundare mai benigne. În plus, semnificaţia medicaţiei

pentru pacient trebuie să fie explorată din când în când, în mod special la primul semn de noncomplianţă. Aşa cum se subliniază în Capitolul 5, prescrierea medicaţiei antipsihotice trebuie să se petreacă în contextul unei alianţe terapeutice care să fie cu grijă întreţinută prin sensibilitatea faţă de experienţa internă a pacientului în legătură cu toate aspectele terapeutice.

Noile antipsihotice atipice care au ajuns să fie folosite pe scară largă în ultimii ani au revoluţionat tratamentul schizofreniei. Aceste substanţe, incluzând risperidona, clozapina, olarizapina, quetiapina şi ziprazidona, sunt cel puţin la fel de eficiente ca şi medicaţia convenţională antipsihotică pentru simptomele pozitive şi sunt mai eficiente decât antipsihoticele convenţionale pentru simptomele negative. De asemenea, clozapina s-a dovedit a ameliora simptomele psihotice la un important procent dintre pacienţii cu forme de boală rezistente la tratament. În plus, aceste substanţe îi scutesc adesea pe pacienţi de un număr de efecte secundare neplăcute, astfel încât aceştia sunt mai dornici să continue să-şi ia medicaţia şi să participe la terapiile psihosociale. Tratamentul cu risperidonă s-a dovedit a exercita un efect mai favorabil asupra memoriei verbale de lucru decât tratamentul cu un agent antipsihotic convenţional, făcând astfel mai posibilă colaborarea într-un program psihoterapeutic sau psihosocial (Green et al., 1997). Într-un studiu care compara pacienţi care au primit clozapină cu alţii care au primit un antipsihotic convenţional, pacienţii trataţi cu clozapină au fost mult mai apţi să participe la tratamentul de reabilitare psihosocială (Rosenheck et al., 1998).

Apariţia antipsihoticelor atipice a reprezentat o provocare şi pentru clinicieni. Unii pacienţi, care fuseseră bolnavi cronici timp de mulţi ani din cauza nonresponsivităţii la substanţele convenţionale, s-au

regăsit dintr-odată în stare de remisie. Unii observatori (Degen şi Nasper, 1996; Duckworth et al., 1997) au comparat aceste remisii spectaculoase cu ceea ce Oliver Sacks (1990) descrisese ca „treziri". Psihoza poate servi o funcţie defensivă pentru mulţi pacienţi, astfel încât ei să nu se confrunte cu nesiguranţa relaţiilor, cu complexitatea situaţiilor legate de muncă?! cu sensul existenţei. Întreaga identitate a individului poate fi ascunsă în noţiunea de a avea o boală cronică. Atunci când simptomele în sfârşit se remit, are adesea loc un proces de doliu pentru ceea a fost pierdut şi se iveşte un sentiment derutant de a nu şti cine este cel care se află într-o stare mintală nepsihotica. Aşa cum observau Degen şi Nasper (1996) ... În ciuda ameliorării fără echivoc, pentru unii oameni eliberarea bruscă de simptom poate deveni cel puţin la fel de dureroasă ca şi psihoza" ip. 9), Intervenţia psihoterapeutica poate ajuta pacientul să integreze vechiul Sine şi noul Sine.

Pacienţii cu psihoze cronice pot, de asemenea, să se fi izolat de riscurile intimităţii. Remisia simptomelor psihotice poate deschide pentru prima dată în decurs de ani posibilitatea implicării romantice şi sexuale. Mulţi pacienţi pot trăi această perspectivă cu o anxietate extraordinară. Aceşti pacienţi trebuie să se confrunte cu riscurile inerente de pierdere şi respingere atunci când încep să se îndrepte către ceilalţi (Duckworth et al., 1997). În sfârşit, ieşirea din psihoză poate să confrunte pacienţii cu o criză existenţială legată de scopul şi sensul vieţii. Ei îşi dau seama că o mare parte din vieţile lor a fost pierdută prin boala cronică şi sunt forţaţi să-şi reevalueze valorile personale şi spirituale. Cei care intră în activităţi profesionale se confruntă cu integrarea semnificaţiei muncii într-un înţeles al scopului şi al identităţii personale, după ce lungi perioade de timp fuseseră incapabili să muncească.

Pe lângă formarea de abilităţi psihosociale, reabilitare şi alte modalităţi, pacienţii care răspund bine la antipsihotice atipice necesită şi o relaţie umană suportivă în cadrul căreia pot fi explorate aceste adaptări.

7.2.2 Psihoterapia individuală

În ciuda unei bogate tradiţii clinice a psihoterapiei individuale orientate psihanalitic în schizofrenie, cercetările s-au străduit să demonstreze că este probabil ca pacientul schizofren mediu să culeagă beneficii semnificative datorită acestor eforturi (Gomez-Schwarz, 1984). Studiul Spitalului de Stat Camarillo (mai 1968) este citat adesea pentru că a fost primul studiu pe scară largă care a comparat prognosticul pacienţilor schizofreni care au fost trataţi cu psihoterapie cu al celor care au primit medicaţie antipsihotică. Grupurile de pacienţi care au primit medicaţie au prezentat o ameliorare semnificativ mai mare faţă de cele două grupuri care nu au primit această medicaţie şi care au făcut doar psihoterapie. Mai mult, nu s-a observat niciun efect interactiv între psihoterapie şi medicaţia antipsihotică. Acest studiu a fost criticat totuşi deoarece se bazează pe terapeuţi neexperimentaţi care nu au o implicare specială în tipul de psihoterapie pe care au fost instruiţi să îl practice cu subiecţii din cercetare. De asemenea, rezultatele nu au fost suficient de sensibile pentru a înregistra schimbările în funcţionarea interpersonală şi psihologică generală care ar fi putut să răspundă specific la psihoterapie (Conte şi Plutchik, 1986). Alte două studii care au fost şi ele pline de probleme metodologice (Grinspoon et al., 1972; Rogers et al., 1967) au găsit beneficii îndoielnice în psihoterapie: Karon şi Vandenbos (1981) au demonstrat o ameliorare mai bună la pacienţii schizofreni trataţi de terapeuţi experimentaţi în comparaţie cu un grup de control de

pacienţi care au primit tratament de rutină cu fenotiazine şi terapie suportivă, dar şi acest studiu a fost criticat pentru probleme metodologice, cum ar fi lipsa utilizării randomizării şi transferul timpuriu al pacienţilor în grupul de tratament medicamentos într-o unitate de bolnavi cronici (Keith şi Matthews, 1984; Klein, 1980).

De departe cel mai elegant organizat studiu asupra efectelor psihoterapiei la pacienţii schizofreni este Studiul de Psihoterapie de la Boston comunicat de Stanton, Gunderson et al. (Gunderson et al., 1984; Stanton et al., 1984). Un neajuns principal din studiile anterioare a fost lipsa definirii formei de psihoterapie aplicată de către terapeuţii din proiect. În studiul de la Boston, pacienţii schizofreni noncronici din diverse spitale şi unităţi ambulatorii au făcut fie psihoterapii suportive adaptative orientate către realitate, fie psihoterapii exploratorii orientate pe insight. Aceia care au fost incluşi în analiză (95 din 164 de pacienţi iniţiali) au rămas în situaţia lor terapeutică stabilită pentru cel puţin 6 luni. După o urmărire de 2 ani, investigatorii au obţinut date complete la 47 din Totul iniţial. La acest punct din analiza datelor, pacienţii care au făcut terapie suportivă adaptativă orientată către realitate au avut mai puţine recidive şi o mai bună performanţă de rol. Pe de altă parte, pacienţii care au făcut terapie exploratorie orientată pe insight au prezentat o mai bună ameliorare în cogniţie şi funcţiile Eului. Investigatorii au conchis că diferenţele generale dintre cele două grupuri au fost relativ minore.

Din păcate, în ciuda metodologiei şi designului sofisticat al studiului de la Boston, generalizarea rezultatelor trebuie să fie limitată din câteva motive. Mai întâi, doar 47 de pacienţi au finalizat urmărirea de 2 ani din proiect; astfel, multe dintre comparaţiile definitive s-au bazat pe aproximativ 20 de subiecţi în fiecare grup de terapie (Carpenter, 1984). În al doilea rând, colectarea

datelor s-a oprit după 2 ani. Mulţi terapeuţi experimentaţi cu pacienţii schizofreni ar considera cei 2 ani ca fiind doar începutul fazei de mijloc a terapiei. Pacienţii cu schizofrenie simt în mod special dificil de angajat într-un proces psihoterapeutic. În plus, a aştepta ca un terapeut să adere fie la un model mai mult sau mai puţin expresiv, fie la unul mai mult sau mai puţin suportiv în tratamentul unui pacient schizofren introduce un element de artificialitate în evaluarea terapiei. Nicăieri flexibilitatea nu este mai importantă decât în psihoterapia schizofreniei. După cum s-a subliniat în Capitolul 4, într-vin cadru natural psihoterapeutul se va deplasa înainte şi înapoi de la intervenţii expresive la suportive în funcţie de nevoile pacientului la un moment dat.

Investigatorii înşişi (Glass et al., 1989) au evaluat orbeşte procesul actual de terapie după transcrieri de înregistrări audio şi au conchis că rezultatele precoce constând în diferenţe în general mici între cele două grupuri „ascund procese discrete în cadrul terapiilor, care au efecte importante şi specifice” (p. 607). Terapeuţii care au fost evaluaţi ca antrenaţi în explorarea dinamică au produs ameliorări mai mari în psihopatologia globală, negarea bolii şi lentoare-apatie.

În sfârşit, o altă diferenţă ireductibilă între nevoile cercetării şi situaţia practicii clinice ar trebui luată în considerare în interpretarea datelor studiului de la Boston. Motivaţiile atât conştiente, cât şi inconştiente, care determină un psihoterapeut să intre în ceea ce poate deveni o angajare de o viaţă pentru tratarea unui pacient schizofren, sunt atât misterioase, cât şi foarte personale. Forţele care determină un terapeut şi un pacient să se „aleagă” unul pe celălalt simt ignorate în abordările grupurilor mari care impun atribuiri randomizate ştiinţific riguroase ale pacientului unui terapeut (Müller, 1984). Doar studiul intensiv al cazurilor individuale poate aduce

lumină în ceea ce contribuie semnificativ la succesul psihoterapeutic.

Într-o comunicare ulterioară, Gunderson (1987) a relevat dificultatea angajării pacienţilor schizofreni într-un proces terapeutic pe termen lung. El a menţionat că atât studiul său, cât şi altele arată că două treimi din pacienţii schizofreni vor părăsi psihoterapia când aceasta va fi stabilită ca parte a unui studiu de cercetare. Gunderson a examinat cu atenţie datele studiului de la Boston spre a determina caracteristicile tipice pentru cei care au continuat psihoterapia. În mod surprinzător, rezultatul a fost că aceştia se caracterizau prin izolare socială, aplatizare emoţională şi dezorganizare internă. Totuşi ei au avut tendinţa de a avea o performanţă mai consistentă de rol decât cei care au părăsit grupul. El a mai constatat că rata de ieşire din grup este afectată de normele culturale din interiorul mediului spitalicesc. De exemplu, pacienţii folosiţi în studiul din spitalul Administraţiei Veteranilor au ieşit din grup mult mai mult decât cei spitalizaţi la Spitalul McLean, unde psihoterapia este o parte standard a tratamentului. Gunderson a mai concluzionat că spitalizarea de durată mai lungă poate fi de ajutor în angajarea pacienţilor. Atunci când a grupat pacienţii în funcţie de faptul de a fi făcut psihoterapie suportivă orientată către realitate sau psihoterapie exploratorie orientată pe insight, a constatat că pacienţii distanţi emoţional, cu tulburări de gândire şi cu o viziune optimistă privind boala lor erau mai înclinaţi să continue cu prima modalitate terapeutică, în timp ce pacienţii care aveau aproape intactă testarea realităţii, relaţii interpersonale rezonabile şi o viziune asupra episodului lor psihotic ca eveniment nefericit erau mai înclinaţi să continue cu a doua modalitate.

Rezultatele lui Gunderson sunt congruente cu ale studiului de urmărire pe termen lung al lui Meglashan

(1984, 1987) pe pacienţi trataţi la Chestnut Lodge. În acest studiu, 163 de pacienţi schizofreni anterior spitalizaţi la Chestnut Lodge, unde au făcut intensiv psihoterapie de orientare psihanalitică, au fost urmăriţi în medie 15 ani după externare. Aproximativ o treime dintre aceşti pacienţi au avut rezultate moderatespre-bune (Meglashan, 1984). Din două grupuri identificabile care au prezentat remisii ale psihozei, un grup a mers către integrarea experienţei psihotice în propria viaţă. Ei credeau că au dobândit informaţii importante de la episodul psihotic şi erau curioşi în legătură cu semnificaţia simptomelor lor. Al doilea grup a prezentat o altă cale către recuperarea stabilă, şi anume „sigilarea" bolii. Aceşti pacienţi au avut o viziune fixă, negativă asupra bolii lor şi nu au manifestat niciun interes în înţelegerea simptomelor lor psihotice. Deşi ambele grupuri au atins o adaptare stabilă destul de bună, cei care şi-au integrat experienţele par să aibă rezultate întrucâtva superioare.

Aceste rezultate sugerează că pacienţii care pot integra o experienţă psihotică în vieţile lor pot beneficia de activitatea exploratorie în contextul psihoterapiei, în timp ce aceia care îşi sigilează episodul psihotic probabil nu vor beneficia şi chiar le-ar putea dăuna nişte tentative exploratorii persistente. Chiar psihoterapiile care implică insight impun un suport semnificativ din partea terapeutului. Distincţia expresiv-suportiv este desigur mai puţin rigidă în psihoterapia schizofreniei decât în tratamentul pacienţilor mai funcţionali.

Terapia personală (Hogarty et al., 1995, 1997 a, 1997 b) este cel mai riguros testată dintre intervenţiile psihosociale individuale în schizofrenie. În contrast cu terapiile psihodinamice, care sunt în general nespecifice pentru o boală, terapia personală este specifică tulburării. De asemenea, este folosită în cercetarea bolii; în consecinţă, se bazează pe modelul stres-vulnerabilitate şi

consideră dereglările afective legate de stres ca fiind centrale în exacerbarea simptomului. Unii terapeuţi de orientare psihodinamică şi-au întemeiat afirmaţiile despre boală pe teorii psihanalitice care pot să nu aibă o bază empirică. Pe de altă parte, terapia personală se caracterizează printr-un grup de tehnici terapeutice, iar mulţi dintre terapeuţii de orientare dinamică sunt şi ei flexibili în adaptarea abordărilor lor la nevoile pacientului.

Terapia personală procedează în faze. În faza iniţială, interesul principal se axează pe stabilizarea clinică a simptomelor, dezvoltarea alianţei terapeutice şi psihoeducaţia bazala. Această fază se produce de obicei de-a lungul primelor luni după externarea din spital. Faza intermediară este îndreptată către ajutorul acordat pacientului pentru a deveni conştient de răsunetul afectiv intern asociat cu stresorii. Unii pacienţi: ot să înceapă în acest punct şi formarea abilităţilor sociale, exerciţiile le relaxare şi antrenamentul adresat ameliorării percepţiei sociale. Faza: ansată a terapiei este desemnată să evidenţieze oportunităţi pentru introspecţie. În plus, pacientul primeşte instrucţiuni în legătură cu principiile rezolvării conflictelor şi managementul criticii. În fiecare fază, «Apia este croită după nevoile individuale ale pacientului.

Hogarty et al. (1997 a, 1997 b) au randomizat 151 de pacienţi cu schizofrenie care făceau terapie personală sau alta din celelalte-două npuri de terapii de control: terapie familială sau terapie suportivă individuală. Au urmărit pacienţii timp de 3 ani după externarea din pital. Doar 18 din ei au ieşit prematur din studiu, iar dintre aceştia, majoritatea nu au fost în grupul de terapie personală. Terapia personală s-a dovedit a fi mai eficientă decât terapiile familială şi suportivă în prevenirea recăderilor psihotice şi afective, precum şi a noncomplianţei. *A* medicaţie; totuşi eficienţa cea mai mare a fost observată la

acei pacienţi care locuiau cu familia. Printre pacienţii care nu locuiau cu familiile lor, aceia care au făcut terapie personală au evoluat mai prost – au prezentat semnificativ mai multe decompensări psihotice îecât cei care au beneficiat de terapie suportivă. Investigatorii au conchis că terapia personală ar trebui probabil amânată până când pacienţii dobândesc stabilitatea domiciliului şi o ameliorare a simptomelor.

În acest studiu, terapia personală s-a dovedit a fi foarte benefică pentru performanţa de rol şi adaptarea socială, dar efectul său asupra simptomelor nu a fost semnificativ mai mare decât cel al tratamentelor alternative. De fapt, pacienţii care au făcut terapie personală au prezentat mai multă anxietate decât cei care au făcut terapie suportivă sau familială. De asemenea, terapia personală pare să aibă un impact mai durabil decât terapia suportivă. Pacienţii care au făcut terapie personală au continuat să-şi îmbunătăţească adaptarea socială în al doilea şi al treilea an după externare, în timp ce aceia care au făcut terapie suportivă, cu sau fără intervenţie familială, au prezentat un vârf pentru ameliorarea adaptării la 12 luni după externare, urmat de un platou.

În conformitate cu concepţia actuală a strategiei terapeutice optime în schizofrenie, terapia personală a fost doar o modalitate în planul de tratament general din studiul lui Hogarty et al. Pacienţii au primit medicaţie antipsihotică, beneficiind de asemenea de abordări variate ale reabilitării în conjuncţie cu terapia personală. După cum menţionează Fenton şi Meglashan (1997), terapia personală reprezintă un context ideal în care să fie luată în considerare „combinaţia specifică de intervenţii care ar fi cele mai utile la un anume pacient, cu un anume tip de schizofrenie, într-o fază anume de boală sau de remisie” (p. 1495). Acest efort de a croi alegerea intervenţiilor pe nevoile specifice ale pacientului aduce beneficii clinice. În

mod cert, terapia personală poate fi aplicată în interiorul unui cadru de înţelegere psihodinamică a apărărilor pacientului, a relaţiilor de obiect şi a sentimentului propriului Sine.

Pe lângă acestea, studii controlate pe loturi randomizate care au făcut terapie cognitiv-comportamentală au arătat că intervenţiile psihoterapeutice pot fi o parte utilă a planului terapeutic general pentru schizofrenie (Kuipers et al., 1998; Tarrier et al., 1998). Într-unul dintre studii, ameliorările pacientului rezultate din terapia cognitiv-comportamentală au fost susţinute de o urmărire de 18 luni (Kuipers et al., 1998). Anumite strategii, cum sunt antrenamentul pentru rezolvarea problemelor şi prevenirea recăderilor, s-au dovedit în acest studiu deosebit de utile şi ar trebui să fie incluse în orice abordare psihoterapeutică.

După stabilizarea simptomelor pacientului, principala provocare pentru terapeut este să înceapă construcţia unei alianţe terapeutice. Aceasta este adesea o sarcină extraordinar de dificilă, din cauza lipsei de insight a acestor pacienţi în legătură cu boala lor. Drept urmare, terapeuţii trebuie să fie inventivi în găsirea unui teren comun. Selzer şi Carsky (1990) au subliniat importanţa găsirii unui obiect organizator – o persoană, o idee sau un obiect neanimat – care să le permită pacientului şi terapeutului să vorbească despre ceea ce se petrece între ei. În acest stadiu precoce al tratamentului, pacienţii sunt adesea incapabili să-şi dea seama că sunt bolnavi şi că au nevoie de tratament şi principalul accent trebuie pus pe stabilirea relaţiei. De exemplu, Frese (1997) îi sfătuia pe clinicieni să evite provocarea credinţelor delirante ale pacienţilor. El menţionează că atunci când pacienţii au idei delirante, aceştia consideră că e de la sine înţeles să fie adevărate, chiar în faţa evidenţei contrariului. Frese, care a avut el însuşi schizofrenie timp de mulţi ani, perioadă în

care şi-a desfăşurat cu succes cariera de psiholog, îi sfătuia pe clinicieni să se gândească la pacienţi ca şi cum aceştia ar vorbi poetic şi metaforic. El sugera că ar fi util să-i ajutăm pe pacienţi să vadă cum privesc ceilalţi credinţele lor, astfel ca pacienţii să poată evita anumite acţiuni care i-ar putea face să ajungă să fie internaţi într-un spital de psihiatrie. Aliindu-se cu nevoia pacientului de a evita spitalizarea, terapeutul poate câştiga cooperarea şi complianţa pacientului faţă de alte aspecte ale planului terapeutic, cum ar fi medicaţia.

O mare parte din activitatea psihoterapeutică iniţială trebuie să fie directivă şi destinată reparaţiei deficitelor pacientului care impietează asupra dezvoltării alianţei terapeutice (Selzer, 1983; Selzer şi Carsky, 1990; Selzer et al., 1989). În continuare, munca de construire a alianţei terapeutice poate să aibă rezultate semnificative. Când Frank şi Gunderson (1990) au examinat rolul alianţei terapeutice în evoluţia şi prognosticul a 143 de pacienţi schizofreni în Studiul de Psihoterapie de la Boston, au descoperit că aceasta a fost un element-cheie de predicţie succesului terapeutic. Pacienţii cu o alianţă terapeutică bună au rămas mai mult în psihoterapie, au fost mai complianţi la prescripţia medicamentoasă şi au avut un mai bun prognostic la sfârşitul celor 2 ani.

Alianţa terapeutică poate, de asemenea, să fie facilitată prin susţii/ea şi restabilirea apărărilor pacientului, cu accent pe părţile puternice i e pacientului şi asigurând protecţia acestuia. Meglashan şi Keats 1989) au subliniat că, mai presus de orice, psihoterapia trebuie să ofere ±r\ refugiu. Sentimente şi gânduri care nu sunt înţelese de alţii sunt veeptate de psihoterapeut. Retragerea sau comportamentul bizar sunt’s: ceptate şi înţelese fără nicio solicitare de schimbare a pacientului, Tmtru a fi acceptabil. O mare parte din acest aspect tehnic constă în *„a fi* cu” (Meglashan şi Keats, 1989) – o

disponibilitate de a fi, în mod consecvent, alături de altă fiinţă umană, fără a impune în mod exagerat diferite lucruri. Aşa cum puncta Karon (1992), teroarea este afectul rranar al persoanei cu schizofrenie. Terapeuţii trebuie să fie capabili să i ocepte sentimentele de teroare atunci când sunt proiectate pe ei şi să evite retragerea şi faptul de a fi copleşiţi în faţa unor afecte atât de puternice.

Când alianţa devine solidă, terapeutul poate începe să identifice: actorii specifici individuali de recădere şi să ajute pacientul să accepte faptul că are o boală serioasă. Terapeutul trebuie, de asemenea, să funcţioneze ca un Eu auxiliar pentru pacient. Când se evidenţiază o profundă slăbiciune a Eului, cum ar fi slăbirea judecăţii, terapeutul trebuie să ajute pacientul să anticipeze consecinţele acţiunilor sale.

În conducerea psihoterapiei cu persoane cu schizofrenie, terapeutul va găsi un instrument util în distincţia făcută de Bion (1967) între părţile psihotice şi nonpsihotice ale personalităţii. Partea psihotică a minţii pacientului atacă gândirea raţională, bazată pe realitate a părţii nonpsihotice. Sentimentele dureroase sunt, de asemenea, proiectate în alţii, deoarece partea psihotică a pacientului nu poate suporta frustrarea, astfel că terapeutul trebuie să caute indicii în sentimentele contratransferenţiale evocate de către pacient (Lucas, 2003). În plus, oricât de psihotic este pacientul, întotdeauna există un sector nonpsihotic căruia terapeutul i se poate adresa.

Terapeutul trebuie să fie preocupat de deficite. Unii pacienţi vor avea limitări neurocognitive substanţiale pe care terapeutul le poate semnala cu tact. Atunci când simt abordate aceste deficite, terapeutul poate da şi sfaturi despre cum să fie compensate, în aşa fel încât pacientul să nu se simtă fără speranţă în această privinţă.

Kingdon şi Turkington (1994) au descris în detaliu

nişte studii excelente bazate pe terapia cognitiv-comportamentală, cu cercetări empirice care le demonstrează eficacitatea. O mare parte din abordările lor sunt strâns legate de terapia suportivă de inspiraţie dinamică, ce recunoaşte fragilitatea şi caută să întărească funcţiile Eului. De exemplu, în discutarea halucinaţiilor unui pacient, terapeutul poate dori să exploreze calitatea idiosincratică a percepţiei. Se pot pune întrebări ca: „Altcineva poate să audă ceea ce se spune?” şi terapeutul poate investiga credinţele pacientului privind originea vocilor. Când lucrează cu delirul, terapeutul poate întreba cu tact dacă mai există alte posibile explicaţii pentru fenomenele pe care le crede pacientul. Este posibil ca pacientul să ia lucrurile la modul personal sau să introducă de la sine diferite elemente atunci când interpretează comportamentul celorlalţi? De asemenea, merită de explorat o înşiruire de concluzii. De exemplu, dacă un pacient crede că în creierul lui se află un cip de silicon, terapeutul poate dori să ştie cum pătrunde electricitatea în cip. Experienţa pacientului trebuie în general acceptată şi, în scopul explorării, trebuie creată o atmosferă pozitivă care ar putea conduce la o gândire critică a pacientului cu privire la alte posibilităţi.

Abia după ce s-a stabilit o alianţă solidă, se menţionează şi se discută factorii individuali specifici de recădere, se semnalează deficitele, iar dacă pacientul se află într-o situaţie rezidenţială stabilă cu familia sau cu alte persoane, terapeutul poate încerca o intervenţie expresivă în care insight-ul sau interpretările sunt centrale. Unii pacienţi s-ar putea să nu atingă niciodată acest punct. Dacă strategiile suportive şi de reabilitare sunt suficiente, terapeutul poate dori să lase singur pacientul care este destul de bine. Fantasma de a salva pacientul de schizofrenie trebuie să fie evitată – este atitudinea psihologică cea mai rea posibil pentru un

terapeut. Terapeuţii trebuie să fie împăcaţi cu posibilitatea ca pacienţii să prefere să aleagă „răul pe care îl ştiu” faţă de nesiguranţa schimbării şi a ameliorării. Psihoterapia eficientă necesită o atitudine a terapeutului care să permită ca dorinţa pacientului de a rămâne bolnav să fie o alternativă acceptabilă faţă de schimbarea prin psihoterapie (Searles, 1976/1979). Totuşi un subgrup important de persoane cu schizofrenie va dori să colaboreze cu terapeutul pentru a dobândi o înţelegere a bolii lor şi a felului în care aceasta a zguduit simţul de a fi al propriei persoane. În literatura de specialitate, pacienţii schizofreni vorbesc elocvent despre beneficiile psihoterapiei individuale (Anonymous, 1986; Ruocchio, 1989). Aceşti pacienţi fac comentarii asupra importanţei faptului de a avea o figură constantă în viaţa lor care este prezentă acolo, dincolo de orice adversităţi, timp de mulţi ani. Aceşti pacienţi descriu cum experienţa lor subiectivă despre ei înşişi şi viaţa lor s-a schimbat semnificativ printr-o relaţie psihoterapeutică pe termen lung, chiar dacă metodele de evaluare a rezultatelor nu sunt destul de sensibile pentru a înregistra aceste schimbări. Folosind cuvintele unui pacient (Anonymous, 1986): „Un Eu fragil lăsat singur rămâne fragil. Doar medicamentele sau suportul superficial nu reprezintă un substitut pentru sentimentul că eşti înţeles de o altă fiinţă umană” (p. 70).

7.2.3 Psihoterapia de grup

7.2.4

Studiile privind psihoterapia de grup cu pacienţi schizofreni sugerează ca această modalitate poate fi folositoare, dar se subliniază plasarea în timp a implementării ei. Momentul optim pare să fie după stabilizarea simptomelor pozitive prin intervenţia farmacologică (Kanas et al., 1980; Keith şi Matthews, 1984). Pacientul acut dezorganizat nu este capabil să

selecteze stimulii de mediu, şi multiplele stimulări într-un cadru de grup pot să copleşească Eul deja asediat al pacientului, chiar atunci când încearcă să se restabilească. O retrospectivă a studiilor controlate cu terapie de grup pentru schizofrenie (Kanas, 1986) a găsit dovezi considerabile pentru eficienţa psihoterapiei de grup cu pacienţi internaţi, dar cu o tendinţă clară de succes mai mare pentru unităţile de cronici decât pentru secţiile de acuţi. După ce simptomatologia pozitivă este controlată, grupurile de pacienţi internaţi pot fi foarte suportive pentru schizofrenici, când se reorganizează şi îi pot vedea pe cei care se pregătesc pentru externare. Studiile de eficienţă arată că terapia de grup, ca modalitate ambulatorie, poate fi la fel de eficientă ca şi terapia individuală (O'Brien, 1983). Pentru pacientul stabilizat pe medicaţie, şedinţe săptămânale de 60 – 90 de minute pot servi la construirea încrederii şi pot oferi un grup de suport în care pacienţii pot discuta liber problemele lor, cum ar fi managementul halucinaţiilor auditive şi al stigmei reprezentate de boala psihică.

7.2.5 Intervenţia familială
7.2.6

În literatura cercetării empirice asupra eficienţei intervenţiilor psihosociale în schizofrenie, nicio modalitate nu a fost mai susţinută decât intervenţiile familiale. Numeroase studii (Falloon et al., 1982; Goldstein et al., 1978; Hogarty, 1984; Leff et al., 1982) au demonstrat că terapia familială plus medicaţie antipsihotică este de trei ori mai eficientă decât medicaţia singură în prevenirea recăderilor. Aceste investigaţii au folosit un factor cunoscut ca emoţie exprimată (EE), identificat pentru prima dată de Brown et al. (1972). Acest termen a fost creat pentru a descrie un stil de interacţiune între membrii familiei şi pacient care este caracterizat prin

hiperimplicare intensă şi criticism excesiv. Deşi acest concept nu acuză părinţii că au cauzat schizofrenia copiilor lor, el recunoaşte că familiile simt afectate de schizofrenia unui membru şi pot să devină favorizanţi secundari ai recăderilor prin intensificarea interacţiunilor cu pacientul schizofren. Pe scurt, familiile cu EE înaltă produc o mai mare frecvenţă a recăderilor unui membru schizofren faţă de familiile cu EE scăzută.

O metaanaliză a 27 de studii ale relaţiei CE-prognostic în schizofrenie a confirmat că EE este un predictor semnificativ şi puternic al recăderii (Butzlaff şi Hooley, 1998). Relaţia dintre EE înaltă şi recădere pare să fie mai puternică pentru pacienţii cu forme mai cronice de schizofrenie. Unele cercetări recente arată că există o sinergie specifică între vulnerabilităţile neurocognitive şi criticismul familial. Rosenfarb (2000) a demonstrat la 41 de pacienţi cu debut recent de schizofrenie ca asocierea de deficite ale memoriei de lucru şi criticismul din partea membrilor familiei anticipează gândirea psihotică.

Cercetările extinse ale EE au dus la dezvoltarea unei abordări psihoeducaţionale sofisticate cu familiile persoanei schizofrene. Familiile sunt antrenate să recunoască semnele şi simptomele prodromale care anticipează recăderea, sunt învăţate să-şi reducă criticismul şi hiperimplicarea şi sunt ajutate să vadă că un tratament medicamentos consistent poate conserva o funcţionare optimă. Alte arii ale educaţiei includ instrucţiuni despre efectele secundare ale medicamentelor şi despre abordarea acestora, evoluţia pe termen lung şi prognosticul schizofreniei şi bazele genetice şi biologice ale bolii. Clinicienii care folosesc această abordare pot efectiv să se bazeze pe ajutorul familiilor ca nişte colaboratori în prevenirea recăderii.

Rigurozitatea cercetărilor intervenţiilor familiale cu persoane care au schizofrenie este admirabilă. În general,

studiile utilizează randomizarea, criterii de includere bine stabilite, evaluarea sistematică a prognosticului, dovada respectării intervenţiilor şi loturi martor. Revizuiri ale eficienţei acestor terapii familiale arată că intervenţiile familiale pe termen lung sunt eficiente în scăderea ratei recăderilor, reducerea EE şi ameliorarea prognosticului (Dixon şi Lehman, 1995; Penn şi Mueser, 1996). Beneficiile tratamentului par să fie destul de stabile, adesea chiar pe perioade lungi de 2 ani.

Rezultatele impresionante obţinute cu acest model conceptual al intervenţiilor familiale au fost totuşi puse la îndoială. Unii investigatori s-au întrebat dacă singurul factor implicat în prevenirea recăderii este controlul EE. Un studiu (Macmillan et al., 1986) a găsit că administrarea regulată a medicaţiei antipsihotice şi durata bolii sunt factori care, atunci când sunt luaţi în calcul, anulează efectul EE în predicţia recăderii. Alt studiu (Parker et al., 1988) a examinat 57 de pacienţi schizofreni din punctul de vedere al nivelului EE al celor cu care locuiau. Recăderea a fost anticipată de faptul de a locui cu un singur părinte şi de evoluţia anterioară proastă, dar nivelul EE nu a fost predictiv. Cercetătorii au speculat că acei pacienţi cu evoluţie mai slabă pot determina la rude răspunsuri cu EE înaltă, mai ales dacă pacientul locuieşte doar cu un singur părinte. Falloon (1988) a subliniat că evaluarea EE nu a inclus măsurători repetate ale EE care să ajute la clarificarea dacă tulburările comportamentale ale pacienţilor schizofreni *provoacă* răspunsuri cu EE înaltă la părinţi sau *rezultă din* stresul legat de EE înaltă.

S-au ridicat şi alte probleme despre conceptul de EE înaltă şi intervenţiile familiale care o susţin. Multe dintre familiile pacienţilor schizofreni se simt acuzate pentru recăderi când de fapt ele fac faţă unei situaţii dificile atât cât pot ele mai bine (Lefley, 1992). Aşa cum menţionau Kanter et al. (1987), dacă familiile sunt puternic presate să

rămână neintruzive, pot eşua în a răspunde adecvat atunci când membrul schizofren al familiei prezintă un comportament provocator şi o lipsă de control. În plus, în unele cazuri se poate considera că trecerea de la EE înaltă la EE scăzută a determinat ameliorarea pacientului când de fapt familia şi-a scăzut EE pur şi simplu ca *rezultat* al ameliorării pacientului (Hogarty et al., 1986). Cercetătorii se întreabă, de asemenea, dacă EE este un concept stabil în timp (Lefley, 1992). Alte semne de întrebare se referă la observaţia că EE înaltă este legată şi de alte boli în afară de schizofrenie, de faptul că doar un anumit procent din populaţia cu schizofrenie este influenţat de EE înaltă şi constatarea că întregul concept este în mod esenţial cultural (Jenkins şi Karno, 1992).

Dată fiind controversa care înconjoară relaţia dintre recădere şi EE, clinicienii pot fi puşi în dificultate în legătură cu cele mai utile intervenţii care ar trebui făcute cu familiile. Kanter et al. (1987) au subliniat că eforturile psihoeducaţionale implicând informaţii despre boală, suport şi sfaturi pot produce rezultate care sunt la fel de impresionante ca şi datele studiilor de EE. Hatfield (1990) a subliniat că educaţia este probabil mai folositoare decât terapia în munca cu familiile şi că nu sunt necesare intervenţii specifice. Cu toate acestea, deoarece pacienţii schizofreni tind să facă faţă cu greu mediilor intens stimulante, pare a fi înţelept să se reducă intensitatea stimulilor din mediu. În plus, studii recente sugerează că elementele EE – şi anume hiperimplicarea emoţională şi criticismul excesiv – nu ar trebui să fie abordate împreună (King şi Dixon, 1996), în această cercetare a 69 de pacienţi şi 108 rude, hiperimplicarea emoţională a părut a fi asociată cu un prognostic social *mai bun* la pacienţi, sugerând că un criticism excesiv ar putea fi factorul care favorizează recăderea.

7.2.5 Formarea abilităţilor psihosociale

Reabilitarea psihosocială, definită de obicei ca abordare terapeutică încurajând pacienţii să-şi dezvolte capacitatea lor plenară, prin suport din partea mediului şi proceduri de învăţare (Bachrach, 1992), ar trebui să fie parte a tratamentului modern pentru orice persoană cu schizofrenie. Această abordare adaptată individual implică miza pe forţele şi competenţele pacientului, redarea speranţei, maximalizarea potenţialului vocaţional al pacientului, încurajarea implicării active a pacientului în propriul său tratament şi ajutorarea pacientului în dezvoltarea abilităţilor psihosociale. Aceste scopuri combinate sunt adesea subsumate sub titlul de formare a abilităţilor psihosociale. Hogarty et al. (1991) au constatat că beneficiarii formării abilităţilor psihosociale au făcut progrese substanţiale în adaptarea socială şi au avut un procent mai scăzut de recăderi la un an de urmărire comparativ cu un grup de control. Totuşi acest beneficiu s-a diminuat în decursul a doi ani după tratament.

Reabilitarea sau remedierea cognitivă a fost, de asemenea, încorporată în aceste strategii. Prin aplicarea repetată a acestor tehnici, diverse deficite cognitive au fost modificate. În formarea abilităţilor sociale, pacienţii participă la jocul de rol şi alte exerciţii care să le amelioreze funcţionarea într-un cadru interpersonal. Cercetarea acestor abordări nu este încă edificatoare în ceea ce priveşte eficienţa. Deşi se pare că au loc îmbunătăţiri clare în performanţele specifice comportamentale în timpul formării, aceste achiziţii pot să scadă în timp. De asemenea, dovada posibilităţii de generalizare a formării abilităţilor psihosociale de la cadrul clinic la viaţa cotidiană este mai degrabă slabă (Penn şi Mueser, 1996; Scott şi Dixon, 1995). Cu toate acestea, există un consens că învăţarea specifică a

abilităţilor şi modificarea deficitelor cognitive constituie o parte promiţătoare a planului terapeutic general.

7.2.6 Tratamentul în spital

Pentru pacientul schizofren care are un episod psihotic acut, spitalizarea de scurtă durată reprezintă o „pauză” – o şansă de regrupare şi dobândire de direcţii noi pentru viitor. Medicaţia antipsihotică duce la remisia majorităţii simptomelor pozitive. Structura spitalului oferă un spaţiu sigur de protecţie a pacienţilor pentru a nu-şi face rău lor înşişi sau a nu-i leza pe ceilalţi. În acest cadru, membrii echipei de îngrijire furnizează funcţiile unui Eu auxiliar pentru pacient. De asemenea, echipa terapeutică poate identifica stresorii care, în conformitate cu Axa IV din DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2000), ar putea contribui la declanşarea unui episod psihotic într-un anumit moment al vieţii pacientului. Se poate demara un proces psihoeducaţional cu pacientul şi cu familia care să stabilească un mediu optim după externare. Ei trebuie să fie pregătiţi pentru faptul de a avea de-a face cu o boală de-o viaţă, şi că scopul este de a minimaliza dizabilităţile, şi nu de a urma un tratament de durată. Este subliniată importanţa faptului de a menţine medicaţia şi, de asemenea, poate fi explicat conceptul de EE. În acelaşi timp, echipa terapeutică trebuie să confere un sentiment de speranţă. Adesea este folositor să se puncteze că deşi boala este cronică, numeroase studii sugerează că o parte dintre pacienţii schizofreni funcţionează din ce în ce mai bine pe măsură ce înaintează în vârstă (Harding et al., 1987).

Încrederea în spitalizarea scurtă este contraregresivă. Apărările sunt restabilite şi pacientul ar trebui să se reîntoarcă la starea de funcţionare pe cât de repede posibil. Dacă pacientul nu urmează psihoterapie,

spitalizarea poate fi utilizată ca fază iniţială spre a pregăti pacientul pentru un proces psihoterapeutic ambulatoriu (Selzer 1983). Omnipotenţa pacientului este implicată în confruntarea cu necesitatea adaptării la nevoile celorlalţi. Introducând o schemă de rutină în viaţa pacientului, o oarecare frustrare a unor nevoi şi dorinţe este inevitabilă. Nivelul optim de frustrare îi ajută pe pacienţi să-şi îmbunătăţească testarea realităţii şi alte funcţii ale Eului (Selzer, 1983). Dacă psihoterapia poate fi începută în cursul spitalizării, pacientul poate avea un sentiment de continuitate întâlnind terapeutul şi în afara spitalului. După ameliorarea simptomatologiei pozitive a pacientului până la un anumit nivel, se poate institui terapia de grup care poate continua şi în ambulatoriu, în funcţie de disponibilitatea pacientului pentru activitatea de grup. Pentru o mică parte din pacienţii din ambulatoriu, întâlnirile de grup pot fi singurul contact social semnificativ.

La acei pacienţi cu simptome negative predominante, diagnosticul şi medicaţia pot fi reevaluate. Există motive secundare, cum ar fi depresia, anxietatea sau efectele adverse ale medicaţiei, care să contribuie la simptomele negative? În mod similar, procesul psihoterapeutic care se află în desfăşurare poate fi reevaluat în colaborare cu terapeutul pentru a determina dacă este necesară o schimbare în strategie. Lucrul cu familia poate consta într-un proces psihoeducaţional şi membrii familiei pot fi implicaţi în identificarea stresorilor care împiedică pacientul să răspundă la tratamentul convenţional. În special grupul cu simptome negative necesită formarea de abilităţi psihosociale şi reabilitarea vocaţională. Antrenarea abilităţilor sociale care se axează pe ameliorarea comportamentală prin activităţi cotidiene simple ca mâncatul, conversaţia, plimbarea şi manierele poate fi extraordinar de valoroasă pentru grupul cu

simptome negative. În mod similar, o evaluare vocaţională atentă într-un cadru supervizat în care sunt învăţate şi dezvoltate abilităţi profesionale concrete poate fi o componentă esenţială.

Cercetarea adaptării după spitalizare şi a ratei de reinternare demonstrează că pacienţii tind să stea mai mult neinternaţi atunci când au fost învăţaţi cu comportamente adaptative şi abilităţi şi au învăţat să controleze comportamentele simptomatice şi maladaptive în cursul internărilor (Mosher şi Keith, 1979). Deşi astfel de programe centrate pe comportament ar putea să pară antietice psihiatrilor orientaţi psihodinamic, de fapt ele pot să aibă un efect sinergie cu abordările dinamice. Pacienţii care îşi ameliorează relaţiile interpersonale ca rezultat ai programelor de formare de abilităţi sociale, orientate comportamental, vor începe să trăiască schimbări în relaţiile lor de obiect, care apoi vor produce material pentru discuţiile din psihoterapie.

Pacienţii schizofreni care simt rezistenţi la tratament pot, de asemenea, să prezinte un tablou predominant tulburat al relaţiilor interpersonale. Aceşti pacienţi pot să aibă dificultăţi caracterologice serioase care coexistă cu schizofrenia. Uneori, clinicienii tind să uite că fiecare pacient schizofren are şi o personalitate. Prin urmare, aceste probleme caracterologice pot conduce la necomplianţă la medicaţie, alienarea membrilor familiei şi a altor persoane suportive din anturaj, negarea bolii şi incapacitatea de a funcţiona într-un cadru vocaţional. O unitate spitalicească sau un spital de zi poate fi cadrul ideal în care să se abordeze dimensiunea caracterologică ce însoţeşte schizofrenia şi în care să se examineze cauzele necomplianţei pacientului.

În linii generale, tratamentul spitalicesc sau prin spitalizare parţială al unor astfel de pacienţi urmează modelul menţionat în Capitolul 6. Folosind identificarea

proiectivă, pacienţii tind să-şi restabilească lumea obiectelor interne în mediu. Membrii echipei conţin aceste proiecţii şi oferă modele noi de relaţie pentru internalizare. În plus, pacienţii sunt informaţi în legătură cu modelele maladaptative de interacţiune aşa cum apar acestea, aici şi acum, în cadrul terapeutic.

Multe dintre principiile terapeutice descrise în acest capitol sunt ilustrate în următoarea prezentare de caz:

DI H, un bărbat singur de 22 de ani, din sud-estul Statelor Unite, avea un istoric de 3 ani de schizofrenie care nu răspunsese nici la tratamentul medicamentos ambulatoriu, nici la spitalizarea de durată scurtă. Trimis pentru spitalizare psihiatrică, a venit la internare însoţit de părinţi. Când i s-a cerut să-şi descrie problemele, a recitat o litanie de plângeri fizice implicând fiecare zonă anatomică a corpului său, dar a negat cu fermitate orice problemă de ordin psihiatric. Când a aflat că a fost internat într-o secţie psihiatrică, a devenit refractar la a rămâne în spital. Doar cu asigurări repetate că examinarea completă fizică şi neurologică este parte a evaluării psihiatrice, a consimţit să fie spitalizat.

Preocupările somatice ale pacientului au împiedicat orice tentativă de anamneză a tulburării psihiatrice. Din fericire, părinţii au putut umple golurile. DI H era al treilea din trei copii ai unor părinţi de mare succes. Tatăl pacientului era un respectat director financiar, iar mama avea o poziţie administrativă importantă în sistemul de învăţământ. Fratele mai mare absolvise o şcoală medicală prestigioasă, iar sora mai mare era studentă în administrarea afacerilor. Pacientul frecventase pentru scurt timp colegiul, fiind însă forţat să

abandoneze după debutul bolii. Se plângea de hipersensibilitate la zgomot în dormitorul său de la cămin şi îşi exprima îngrijorarea în legătură cu faptul că se vorbea despre el. A sfârşit prin a solicita să fie luat acasă, astfel încât să nu mai fie umilit în dormitor de ceilalţi tineri, despre care spunea că îl strigă în mijlocul nopţii „ratat”, „homosexual” şi „nebun”.

După ce a părăsit colegiul, dl H s-a întors să locuiască cu părinţii, unde a solicitat tot mai mult ca aceştia să-i acorde timp. Când tatăl încerca să plece la lucru dimineaţa, pacientul alerga afară după el şi uneori sărea pe spatele maşinii pentru a-l împiedica să plece. De asemenea, îşi scula tatăl în mijlocul nopţii solicitându-l să asculte înşiruirea plângerilor sale fizice. Îşi acuza în mod repetat tatăl că îl neglijează spunând; „Ce ai de gând să faci cu durerea mea?”. DI H fusese văzut de numeroşi specialişti şi adesea chiar mai mulţi pentru acelaşi domeniu, fără a i se diagnostica vreo boală fizică. El insista că are nevoie de „monitorizare” continuă din partea părinţilor, astfel încât ei să ia cunoştinţă de creşterea şi scăderea simptomelor sale fizice. DI H avea părinţi grijulii şi iubitori, care încercau să se adapteze cererii lui de atenţie, petrecând mult timp cu el. Odată tatăl pacientului a stat şi a ascultat plângerile somatice ale fiului său timp de 10 ore fără pauză.

DI H a continuat şi să audă voci care îl condamnau şi odată a atacat un străin pe stradă fiind convins că acela ar fi spus lucruri neplăcute despre el. DI H a fost spitalizat de două ori pentru câteva săptămâni de fiecare dată şi i s-au prescris în timp patru antipsihotice diferite. De fiecare dată,

pacientul a întrerupt medicaţia, negând faptul că avea o boală psihiatrică ce ar necesita medicaţie psihotropă, dar şi din cauza efectelor secundare anticolinergice care îl deranjau.

La scurt timp după internare, examinarea stării psihice a relevat că pacientul continua să aibă halucinaţii auditive, deşi el nu se plângea că „aude voci”. De fapt era convins că oamenii chiar vorbeau despre el. În mai multe rânduri în cursul primelor zile de spitalizare s-a confruntat furios cu ceilalţi pacienţi pentru că avea impresia că ei o ridiculizează. Cu toţii au negat vehement că ar fi vorbit despre el. În plus, di H finaliza cu dificultate un gând din pricina unei tulburări formale de gândire constând în blocaj şi pierderea asociaţiilor. Putea să se oprească în mijlocul propoziţiei, să schimbe subiectul, apoi să înceapă o altă propoziţie.

DI H a prezentat multă anxietate în spital, pentru că nici unul dintre membrii echipei nu i-a „monitorizat” simptomele fizice aşa cum o făceau părinţii. Aşa cum era de aşteptat, pacientul încerca să recreeze situaţia familială în acest mediu. A dezvoltat ataşamente transferenţiale intense faţă de doctor şi asistentă, de la care se aştepta să fie cu el tot timpul. Atunci când doctorul a părăsit secţia după întrevederea cu el, dl H a încercat să fugă afară după el, exact aşa cum făcuse cu tatăl lui pentru a-l împiedica să se ducă la serviciu.

Examinările fizice şi neurologice nu au identificat rezultate semnificative. După o evaluare psihiatrică atentă, echipa terapeutică a dezvoltat o formulare explicativă, îngrijorările paranoide ale

pacientului şi preocupările sale somatice mascau o autostimă extraordinar de scăzută. DI H crescuse simţindu-se „oaia neagră" a familiei, deoarece limitele sale i-au împiedicat competiţia cu performanţele celor din jurul lui. Pentru a-şi păstra un grad de autostimă, şi-a construit o identitate de „victimă" a unor probleme fizice incapacitante care l-ar fi împiedicat să atingă un nivel de performanţă acceptabil. DI H a putut apoi să atribuie bolii fizice eşecurile sale de la şcoală şi de la diferite joburi.

Preocupările somatice ofereau şi un punct de concentrare organizat pentru gândurile pacientului, prevenind astfel o stare mai profundă de defragmentare psihotică sau disoluţie a Eului. Aceste preocupări somatice severe erau legate, prin mecanismele de introiecţie şi proiecţie, de percepţia sa paranoidă a faptului de a fi ridiculizat de ceilalţi. Devreme în cursul existenţei sale, dl H internalizase (ca obiecte persecutoare) expectaţiile şi cererile părinţilor. De aceea străinii de pe stradă sau din spital, care erau percepuţi ca vorbind despre el, au devenit aceste obiecte persecutoare pe care el le-a proiectat asupra mediului. Atunci când persecutorii au fost reintroiectaţi, au devenit persecutori interni sub forma durerilor variate care îl făceau să solicite atenţie imediată. În consecinţă, pacientul se simţea în permanenţă sub asediul unei armate de torţionari, atât în mediu, cât şi în propriul corp.

La nivel neurofiziologic, inabilitatea domnului H de a diferenţia stimuli variaţi poate să fi avut drept consecinţă amestecul percepţiilor diferitelor surse de durere şi chin. În sfârşit, somatizarea poate să mai aibă încă o funcţie: era singura modalitate prin care

pacientul ştia să menţină relaţia de obiect şi astfel să se apere contra unei anxietăţi de separare severe. În mod clar, pacientul era prea puţin interesat de orice evaluare diagnostică sau de sugestiile de tratament din partea medicilor. Aceste constatări şi recomandări erau de departe mai puţin semnificative pentru el decât preocuparea sa pentru faptul că avea nevoie în mod continuu să fie „monitorizat”. Litania de plângeri de ordin fizic a pacientului nu avea cu adevărat scopul de a obţine un răspuns din partea celor din jur cu privire la o potenţială ameliorare; mai degrabă, scopul era de a menţine o prezenţă externă continuă, astfel încât el să nu fie pus în faţa anxietăţilor sale privind abandonul. În mod paradoxal, grămada de plângeri aveau tendinţa să evoce un răspuns contrar, şi anume să alieneze şi să îi alunge pe ceilalţi. Iniţial, echipa terapeutică a încercat să controleze simptomele pozitive ale domnului H prin medicamente. Totuşi pacientul refuza cu încăpăţânare medicaţia, deoarece o asocia cu doctorii anteriori care îi spuseseră că durerea lui era „în întregime în capul lui”.

Respectând nevoia domnului H de a-şi păstra autostima şi de a-şi organiza gândirea prin investirea intensă în simptome fizice, doctorul său din spital l-a asigurat că nimeni nu se îndoia de severitatea durerii domnului H. Medicul i-a explicat că boala pacientului are atât aspecte psihologice, cât şi fizice. Mai departe doctorul i-a explicat că o manifestare fizică a bolii era dificultatea de a filtra diferiţii stimuli din mediu şi din interiorul corpului (Freedman et al., 1996; Spohn et al., 1977). Prin această abordare educaţională, doctorul domnului H şi-a convins pacientul că medicaţia antipsihotică merită încercată

deoarece are adesea un efect benefic asupra sistemului „de filtrare”. După ce pacientul a acceptat să ia medicaţia, tulburarea sa de gândire s-a ameliorat mult, permiţându-i să vorbească mai coerent cu membrii echipei şi cu ceilalţi pacienţi. Halucinaţiile sale auditive au continuat în ciuda medicaţiei, dar s-au diminuat într-o oarecare măsură ca frecvenţă şi severitate.

Echipa terapeutică a încercat apoi să repare unele dintre deficitele Eului pacientului funcţionând ca Euri auxiliare. Odată, de exemplu, o asistentă s-a întâlnit cu dl H într-o cameră închisă a secţiei din spital atunci când el începea să acuze faptul că oamenii vorbeau despre el pe afară pe hol. Pentru a demonstra că nu era nimeni acolo, asistenta a deschis uşa şi s-a plimbat cu dl H afară pe hol. Apoi i-a explicat pacientului că boala lui implică voci care îşi au originea în interior şi care apoi sunt percepute ca şi cum ar veni de la surse exterioare. Această abordare a fost întărită prin feedback din partea altor pacienţi la întâlnirile de grup.

Iniţial, pacientul fusese exclus de la întâlnirile de grup din secţie din cauza suprastimulării pe care o implică această modalitate terapeutică. Totuşi, după ce a fost stabilizat pe medicaţie, dl H a început să participe la grupuri şi să abordeze îngrijorările sale legate de faptul că se vorbea despre el. Ceilalţi pacienţi au infirmat cu fermitate aceste acuzaţii şi cu toţii l-au încurajat să „verifice” de fiecare dată când aude vocea. Acuzaţiile ostile ale pacientului faţă de alţi pacienţi şi faţă de membrii echipei s-au transformat în cereri blânde pe măsură ce a realizat că într-adevăr vocile emană din el însuşi.

Deoarece dl H a dobândit un mai mare control al simptomelor pozitive, obiectivul tratamentului s-a deplasat spre relaţiile sale interpersonale perturbate. Pacientul a încercat să stabilească şi cu medicul de la spital aceleaşi relaţii pe care le avea cu tatăl său. Doctorul şi-a dat seama că petrecea mai mult timp în interacţiunea cu dl H decât cu oricare dintre ceilalţi pacienţi ai lui. Urgenţa cu care di H îşi prezenta simptomele de diaree, dureri de stomac, dureri articulare şi altele! împiedicau pe doctor să se despartă de dl H şi să plece din secţie. Într-o zi când dl H l-a urmat pe medic afară din secţie şi a continuat să meargă împreună cu el, doctorul a realizat până unde şi-a repetat pacientul situaţia familială în mediul spitalului. DI H se simţea ca şi cum el ar fi meritat atenţia totală a doctorului său, fiind opac la nevoile celorlalţi pacienţi cu care împărţea acelaşi medic. Doctorul i-a spus apoi domnului H că ar fi bine să-şi scadă expectaţiile în legătură cu cât de mult timp ar trebui să petreacă medicul cu el. Doctorul i-a explicat domnului H că va stabili întâlniri cu el de 30 de minute la o anumită oră şi că nu se vor mai întâlni altă dată. Această abordare care pune nişte limite s-a adresat simţului de îndreptăţire al pacientului.

Această abordare i-a oferit pacientului spre internalizare şi o nouă formă de relaţie de obiect Paradigma relaţiei de obiect a unui Sine care se plânge şi care cere, legat de un obiect indulgent, a fost modificată de experienţa domnului H cu un nou obiect care îngrijeşte, dar pune şi limite. Experienţa cu acest nou obiect a adus în mod corespunzător schimbări în reprezentarea de Sine a pacientului.

Deşi iniţial frustrat, pacientul a devenit mai tolerant în privinţa absenţelor doctorului şi a acceptat mai mult limitările legate şi de expectaţiile sale faţă de ceilalţi. Mai mult chiar, limitele implicate în această relaţie l-au condus pe dl H la posibilitatea discutării cu doctorul său a anxietăţii de separare. DI H a început să-şi exprime îngrijorarea că în absenţa unei figuri care să-l îngrijească nevoile sale bazale nu vor fi satisfăcute.

Când pacientul a fost capabil să-şi exprime aceste, dar şi alte probleme psihologice, a fost repartizat unui psihoterapeut individual fără legătură cu secţia din spital. Faza timpurie a acestei psihoterapii a fost caracterizată de raportări vaste ale pacientului în legătură cu simptomele sale fizice. Terapeutul a ascultat aceste prezentări cu interes şi preocupare, subliniind nevoia lui de a se centra pe somatic şi nu pe psihologic. Periodic însă terapeutul comenta că el este absolut incapabil să-l ajute pe pacient pentru manifestările sale fizice, întrucât el nu mai avea ce să adauge la vasta muncă făcută de echipa terapeutică şi de medicii curanţi. Pe măsură ce s-a dezvoltat încrederea, pacientul a început să discute despre profundele sale

sentimente de inferioritate în contextul familiei lui. Deşi fratele şi sora lui s-au evidenţiat pe linie academică, el însuşi se remarca doar printr-o varietate de afecţiuni bizare care îl îndepărtaseră de la posibilitatea de a obţine şi el succese similare cu ale fraţilor săi. Negarea bolii psihiatrice, lipsa de insight psihologic şi lipsa de curiozitate a pacientului în legătură cu simptomele lui l-au făcut pe terapeut să abordeze cazul predominant suportiv. În acest

context, pacientul a fost ulterior capabil să exploreze o arie surprinzător de largă de sentimente despre el însuşi şi locul lui în familie.

În cadrul planului global de tratament, pacientul a fost inclus într-un grup de formare de abilităţi sociale cu un număr mic de persoane de vârsta lui. În acest cadru el a fost confruntat cu blândeţe cu problemele sale de igienă, cu eşecul de a răspunde la întrebări în conversaţii, cu introversia sa şi cu dezinteresul faţă de problemele celorlalţi El a început să se amelioreze în toate aceste arii, pe lângă ameliorarea generală a funcţionării interpersonale. De exemplu, a început sa de spună „bună dimineaţa" celorlalţi cate vorbeau cu el şi chiar să se intereseze despre starea acestora. Pacientul a intrat şi într-un program de evaluare vocajională şi formare de abilitaţi, unde trebuia să îndeplinească sarcini simple sub supervizare. Nivelul de complexitate al sarcinilor era atent reglat de către terapeut pentru a se adapta abilităţilor pacientului, astfel încât autostima sa să nu-i fie în mod serios ameninţată, în sfârşit, cu părinţii pacientului s-a utilizat o abordare psihoeducaţională care să-i ajute să accepte limitele fiului lor. Li s-a spus că hiperimplicarea şi expectaţiile excesive sunt contraproductive pentru că pacientul le resimte ca pe o presiune de a reuşi dincolo de capacităţile lui.

Acest fragment de tratament informat dinamic ilustrează modul în care diferitele abordări teoretice discutate în Capitolul 2 pot să fie utile în terapia unui pacient. Principiile psihologiei Sinelui conduc echipa terapeutică la o conştientizare empatică a nevoilor pacientului de a-şi menţine autostima, iar terapeuţii săi

aleg să nu abordeze somatizarea. Un cadru teoretic al relaţiilor de obiect facilitează înţelegerea de către doctor a relaţiei problematice a acestui pacient cu doctorul. În sfârşit, perspectiva psihologiei Eului a fost utilă în două direcţii: 1) a fost aplicat un model al deficitului Eului sub forma tehnicilor de reconstrucţie a Eului cu ajutorul echipei de îngrijire şi 2) a fost folosit un model al conflictului pentru a înţelege halucinaţiile auditive. Vocile persecutorii pe care le-a auzit acest pacient, numindu-l „ratat" sau „nebun", s-au dezvoltat dintr-un conflict dureros între expectaţiile internalizate ale părinţilor lui (sub forma idealului de Eu şi a Supraeului) şi realitatea limitelor sale (funcţionarea realistă a Eului). Aceste voci păreau întotdeauna mai evidente după ce pacientul trăia vreun eşec în programul său vocaţional.

În rezumat, pacienţii cu schizofrenie au nevoie de figuri terapeutice în viaţa lor. Ei necesită ajutor pentru a merge pe drumul realităţilor complicate ale sistemului de sănătate mintală. Au, de asemenea, nevoie de cineva care să le faciliteze înţelegerea fricilor şi fantasmelor care i-ar împiedica să participe la diferitele componente ale planului terapeutic general. Într-adevăr, un rol principal al psihoterapeutului este să exploreze problemele complianţei care apar în alte zone ale tratamentului. În practica actuală, acest rol este adesea atribuit unui administrator clinic al cazului, de obicei pentru că pacientul nu este interesat de terapie sau pentru că resursele comunitare nu pot oferi psihoterapie. Administratorii de caz sunt ca nişte avocaţi ai pacientului, ghizi către resursele de sănătate mintală şi coordonatori ai întregului plan terapeutic. Cu toată orientarea managementului de caz spre realitate şi adaptare, apar totuşi aspecte transferenţiale şi contratransferenţiale; de aceea administratorii de caz trebuie să fie capabili de intervenţii psihoterapeutice efective (Kanter, 1989). Pacienţii schizofreni au nevoie în principal de persoane care arată interes, fie că le numim administratori de caz sau psihoterapeuţi, care să poată oferi relaţii umane pline de compasiune, ca refugiu dintr-o lume confuză şi ameninţătoare.**8. Tulburările afective**

Abordările psihodinamice pentru înţelegerea depresiei admit astăzi că tulburările afective sunt puternic influenţate de factori genetici şi biologici. De fapt, afecţiunile depresive sunt modelul ideal pentru studierea modului în care genele şi mediul interacţionează pentru a produce sindroame clinice. În prezent se consideră că etiologia depresiei unipolare este cu aproximaţie 40 genetică şi 60 legată de mediu (Nemeroff, 2003).

Kendler şi colegii lui (1993) au urmărit 680 de

perechi de gemene cu grad zigotic cunoscut pentru a determina dacă s-ar putea dezvolta un model etiologic care să prezică episoadele depresive majore. Ei au descoperit că rolul factorilor genetici în acest studiu a fost substanţial, dar nu copleşitor. Cel mai influent factor predictiv a fost prezenţa unor evenimente stresante puternice. Alţi doi factori, relaţiile interpersonale şi un temperament caracterizat prin nevroticism, au avut şi ei roluri etiologice importante. Nevroticismul a reieşit ca fiind alienant pentru suportul social în multe cazuri.

Într-un raport ulterior al unei mostre extinse a studiului gemenilor, Kendler şi colegii săi (1995) au reuşit să înţeleagă şi mai bine etiologia depresiei. Cel mai convingător model conturat de rezultatele lor a fost acela în care sensibilitatea la efectele inductoare de depresie ale evenimentelor de viaţă stresante a apărut ca fiind influenţată genetic. De exemplu, atunci când au fost examinaţi indivizii cu riscul genetic cel mai mic pentru depresie majoră, ei au prezentat o probabilitate de debut al depresiei majore pe lună de doar 0, 5 în absenţa unui eveniment de viaţă stresant. Totuşi, când aceşti indivizi au fost expuşi unui stresor, probabilitatea a urcat până la 6, 2. La indivizii cu riscul genetic cel mai mare, probabilitatea de debut al depresiei pe lună a fost de doar 1, 1 în absenţa unui agent stresor, însă riscul a crescut dramatic, la 14, 6, în prezenţa unui eveniment de viaţă stresant.

Acest model a fost confirmat şi de un alt studiu prospectiv efectuat pe 1 037 de copii din Noua Zeelandă (Caspi et al., 2003). Cercetătorii din acest studiu au descoperit că un polimorfism funcţional în regiunea promotoare a genei transportorului serotoninei (5-HTT) moderează influenţa evenimentelor de viaţă stresante asupra depresiei.

Într-o analiză ulterioară, Kendler et al. (1999) au arătat că aproximativ o treime dintre asocierile din

evenimentele de viaţă stresante şi depresie erau noncauzale, deoarece acei indivizi predispuşi la depresie majoră selectează mediile cu risc ridicat. De exemplu, persoanele cu temperament nevrotic îi pot îndepărta pe cei din jur, rupând astfel relaţii semnificative. Cei mai puternici stresori din studiu au părut să fie moartea unei rude apropiate, agresiunile, problemele conjugale serioase şi divorţul/separarea. Cu toate acestea, există dovezi importante şi că experienţele timpurii de abuz, neglijare sau separare pot crea o sensibilitate neurobiologică ce predispune indivizii să răspundă în viaţa adultă la stresori prin dezvoltarea unui episod depresiv major. De exemplu, Kendler et al. (1992) au raportat un risc crescut de depresie majoră la femeile care au fost despărţite de mamă sau de tată în copilărie sau adolescenţă. În 2001, Kendler et al. Au observat diferenţe legate de sex privind efectul depresogen al evenimentelor de viaţă stresante. Bărbaţii au fost mai sensibili la efectele depresogene ale divorţului/separării şi ale problemelor legate de muncă, în timp ce femeile au reacţionat mai ales la efectele depresogene ale problemelor pe care le aveau cu persoanele din anturajul imediat.

Aşa cum a subliniat Nemeroff (1999), afirmaţia lui Freud că o pierdere la o vârstă fragedă creează o vulnerabilitate care predispune la depresie în viaţa adultă a fost confirmată de cercetări recente. Agid et al. (1999) au realizat un studiu de caz controlat în care ratele pierderii parentale timpurii datorate morţii sau separării permanente înainte de vârsta de 17 ani au fost evaluate la pacienţi cu variate afecţiuni psihiatrice în viaţa adultă. Pierderea unui părinte în timpul copilăriei creşte semnificativ probabilitatea dezvoltării depresiei majore în viaţa de adult. Efectul pierderii datorate separării permanente a fost mai izbitor decât efectul pierderii cauzate de moarte, la fel ca şi pierderea înainte de vârsta

de 9 ani, comparativ cu pierderea în copilăria mare sau adolescenţă. În plus, Gilman et al. (2003) au remarcat că divorţul parental în copilăria timpurie a fost asociat cu un risc de depresie mai mare pe durata vieţii. Se pare că nu numai pierderile din copilăria timpurie cresc vulnerabilitatea la depresie. Atât abuzul fizic, cât şi cel sexual au fost asociate independent cu depresia adultă la femei (Bernet şi Stein, 1999; Bifulco et al., 1998; Brown, 1993; Brown şi Eales, 1993). Femeile cu istoric de abuz sau neglijare în copilărie au o probabilitate de două ori mai mare decât cele fără un astfel de istoric de a avea relaţii negative şi autostimă scăzută în viaţa adultă (Bifulco et al., 1998). Acele femei abuzate sau neglijate, care prezintă relaţii negative şi autostimă scăzută în viaţa adultă, au un risc de zece ori mai mare de a face depresie.

Trauma timpurie care pare să fie relevantă pentru un număr semnificativ de adulţi cu depresie poate duce la alterări biologice permanente. Vythilingam et al. (2002) au arătat că femeile depresive cu abuz în copilărie au avut, în studiul lor, un volum hipocampal stâng cu 18 mai mic decât femeile deprimate nonabuzate şi un volum hipocampal stâng cu 15 mai mic decât femeile sănătoase. În plus, multe cercetări au constatat că nivelul de factor de eliberare a corticotropinei (CRF), care induce secreţia hipofizară de hormon adrenocorticotrop (ACTH), este mult mai ridicat în lichidul cerebrospinal al pacienţilor depresivi comparativ cu subiecţii nondepresivi de control (Heim et al., 2000; Nemeroff, 1998 a). Când CRF este injectat direct în creierul animalelor de laborator, aceste animale au un comportament similar depresiei la oameni. Aceste observaţii sugerează un model stres-diateză pentru tulburările afective. Cu alte cuvinte, un substrat genetic ar putea acţiona pentru diminuarea nivelului monoaminergic în sinapse sau pentru creşterea reactivităţii axului hipotalamo-hipofizo-adrenal la stres. Dacă individul nu

trăieşte un stres suficient de mare, pragul determinat genetic nu este neapărat suficient pentru a induce depresia. Cu toate acestea, experienţele de neglijare sau abuz în copilărie pot activa răspunsul la stres şi induce o creştere a activităţii în neuronii care conţin CRF, despre care se ştie că sunt sensibili la stres şi excesiv de activi la persoanele depresive. Aceste celule pot deveni hipersensibile la anumiţi indivizi, reacţionând dramatic chiar şi la stresori minori. Hammen et al. (2000) au confirmat că la femeile adulte traumele din copilărie par să le sensibilizeze la depresia indusă de stresori în viaţa adultă.

Într-un studiu elegant construit, Heim et al. (2000) au studiat 49 de femei sănătoase, cu vârste cuprinse între 18 şi 45 de ani, care nu urmau tratamente hormonale sau psihotrope. Ei au împărţit participantele în patru grupe: 1) fără istoric de abuz în copilărie sau boli psihiatrice, 2) cu depresie majoră curentă şi cu abuz sexual sau fizic în copilărie, 3) fără depresie majoră curentă, cu abuz sexual sau fizic în copilărie, 4) cu depresie majoră curentă, dar fără istoric de abuz. Femeile din studiu cu istoric de abuz în copilărie au prezentat răspunsuri crescute hipofizare, adrenale şi autonome la stres, comparativ cu subiecţii de control. Acest efect a fost deosebit de semnificativ la femeile cu simptome curente de depresie şi anxietate. Răspunsul ACTH la stres la femeile cu istoric de abuz în copilărie şi cu diagnostic curent de depresie majoră a fost de peste şase ori mai mare decât răspunsul subiecţilor de control de aceeaşi vârstă. Cercetătorii au conchis că hiperactivitatea axului hipotalamo-hipofizo-adrenal şi a sistemului nervos autonom asociate cu hiposecreţia de CRF sunt o consecinţă persistentă a abuzului din copilărie care poate contribui la diateza pentru depresia adultă.

Stresorii din copilărie sunt componentele inerente ale unui model psihodinamic care vede patologia adultă ca

asociată traumelor timpurii.

Cu toate acestea, perspectiva dinamică ia în considerare şi semnificaţia unui stresor particular. Clinicienii trebuie să-şi amintească mereu că ceea ce poate să pară un stresor relativ modest pentru un observator din afară poate avea semnificaţii puternice, conştiente sau inconştiente, pentru pacient, care să-i accentueze foarte mult impactul. Hammen (1995) nota că „s-a ajuns la un considerabil consens că mai puţin contează apariţia unui eveniment de viaţă negativ şi mai mult interpretarea personală a semnificaţiei evenimentului şi importanţa sa în contextul apariţiei sale" (p. 98). Într-un studiu longitudinal asupra legăturii dintre reacţiile depresive şi stresori, Hammen et al. (1995) au descoperit că acei stresori al căror conţinut se suprapunea cu aria de autodefinire a pacientului erau în mod deosebit factori precipitanţi pentru episoade depresive. Cu alte cuvinte, la cineva al cărui simţ al Sinelui este parţial definit de conexiunile sociale, pierderea unei relaţii personale semnificative poate precipita o depresie majoră. Pe de altă parte, dacă valoarea de sine a cuiva este în mod deosebit legată de control şi succes, o asemenea persoană face mai uşor un episod depresiv ca răspuns la un eşec în muncă sau la şcoală.

Un studiu recent realizat de Kendler et al. (2003) arată că evenimentele de viaţă cu semnificaţii particulare pentru indivizi pot fi mai strâns legate de debutul depresiei majore la pacienţii adulţi. În interviuri cu gemeni identificaţi în Registrul Gemenilor din Virginia, au descoperit că debutul depresiei majore era anticipat, dintre stresori, de rate mari ale pierderii şi umilinţei. Ei au mai remarcat că evenimentele în care apărea o combinaţie de umilire (datorită separării iniţiate de cineva semnificativ) şi pierdere au fost mai generatoare de depresie decât evenimentele pure de pierdere precum

moartea. Evenimentele umilitoare care devalorizează direct individul aflat într-un rol important au fost puternic asociate cu riscul de episoade depresive. De aceea, un clinician specializat în psihodinamică va dori să exploreze semnificaţia tuturor stresorilor pentru a afla modul unic în care stresorul a afectat pacientul.

8.1 înţelegerea psihodinamică a depresiei

Istoria abordărilor psihanalitice/psihodinamice ale depresiei începe cu clasica lucrare a lui Sigmund Freud *Doliu şi melancolie* (Freud 1917/1963). Punctul de vedere cel mai important al lui Freud era acela că pierderile din copilăria timpurie duc la predispoziţie la depresie în viaţa adultă. El a mai observat că autodeprecierea marcată, atât de frecventă la pacienţii depresivi, era rezultatul unei furii îndreptate spre interior. Mai exact, el spunea că furia este dirijată intern pentru că Sinele pacientului s-a identificat cu obiectul pierdut. Cum a spus Freud: „Astfel, umbra obiectului cade peste Eu, iar cel din urmă poate, din această cauză, să fie judecat de o instanţă specială ca şi cum ar fi un obiect, obiectul părăsit” (p. 249). În 1923, Freud nota că aducerea unui obiect pierdut înăuntru şi identificarea cu el poate fi singura cale prin care unele persoane renunţă la o figură importantă din viaţa lor. În acelaşi an, în *Eul şi se-ul* (Freud, 1923/1961), el a postulat că pacienţii melancolici au un Supraeu sever pe care el l-a legat de vina lor de a fi arătat agresiune faţă de persoanele iubite.

Karl Abraham (1924/1927) a elaborat ideea lui Freud de legare a prezentului cu trecutul. El a sugerat că adulţii depresivi au suferit o scădere severă a autostimei în timpul copilăriei şi că depresia adultă este declanşată de o nouă pierdere sau de o nouă dezamăgire ce stârneşte sentimente negative intense faţă de figurile din prezent şi

trecut care au rănit pacientul prin retrageri, reale sau imaginare, ale iubirii lor.

Klein (1940/1975) observa că apărările maniacale, cum simt omnipotenţa, negarea, dispreţul şi idealizarea, se dezvoltă ca răspunsuri la sentimentele dureroase produse de suferinţa pentru obiectele pierdute ale dragostei. Aceste apărări sunt folosite pentru: 1) salvarea şi reinvestirea obiectelor pierdute ale dragostei, 2) negarea obiectelor interne rele, 3) negarea dependenţei marcate de obiectele dragostei. Clinic, pacienţii pot exprima aceste operaţiuni maniacale printr-o negare a oricărei agresivităţi sau distructivităţi faţă de alţii, printr-o dispoziţie euforică contrară situaţiei lor actuale de viaţă, prin idealizarea altora sau printr-o atitudine sfidătoare ori dispreţuitoare faţă de alte persoane care servesc la negarea nevoii de relaţie. Un aspect integral al posturii defensive maniacale este adesea o dorinţă de a triumfa asupra părinţilor şi de a inversa astfel relaţia părinte-copil. Această dorinţă de a triumfa poate da naştere în schimb vinovăţiei şi depresiei. În viziunea lui Klein, acest mecanism este parţial responsabil pentru depresia care se dezvoltă frecvent după un succes sau o promovare.

Formularea lui Klein este utul pentru că ajută clinicienii să înţeleagă cum poate funcţia psihologică a episodului maniacal să coexiste cu determinanţii biologici. Funcţia defensivă a maniei este cea mai evidentă la pacienţii maniacali disforici (Post et al., 1989), la care anxietatea şi depresia „străpung” un episod maniacal, necesitând renaşterea negării maniacale. Mai mult, într-o formă mult mai atenuată, apărările hipomaniacale sunt în mod tipic concepute pentru a apăra împotriva ameninţării afectelor depresive. Un pacient, de exemplu, spunea că s-a simţit „bine” după ce a aflat de moartea mamei sale. S-a simţit puternic expansiv şi eliberat de dependenţă. În ciuda acestor sentimente, a putut să-şi dea seama cât era

de ciudat că nu a fost lovit de tristeţe.

În anii ’50, au apărut contribuţiile lui Bibring (1953), care difereau substanţial de cele ale lui Freud şi Klein, în privinţa rolului agresivităţii. El considera că este mai bine să înţelegem depresia ca pe o stare afectivă primară, neasociată agresivităţii întoarse spre interior, pe care au subliniat-o Klein şi Freud. El vedea stările melancolice ca născute din tensiunea dintre idealuri şi realitate. Trei aspiraţii înalt investite narcisic – să fii preţuit şi iubit, să fii puternic sau superior şi să fii bun şi iubitor – simt considerate ca standarde de conduită. Cu toate acestea, conştienţa Eului privind inabilitatea sa reală sau imaginată de a se ridica la aceste standarde produce depresie. Ca urmare, persoana deprimată se simte neajutorată şi lipsită de putere. El credea că orice lezare a autostimei poate precipita depresia clinică. De aceea, vulnerabilitatea narcisică era cheia înţelegerii lui Bibring despre ceea ce pune în mişcare procesul depresiv. El nu vedea ca Supraeul avea un rol-cheie în acest proces.

După studierea dosarelor copiilor depresivi de la Clinca Hampstead din Marea Britanie, Sandler şi Joffe (1965) au ajuns la concluzia că aceştia devin deprimaţi atunci când simt că au pierdut ceva esenţial pentru autostimă, dar se simt prea neajutoraţi pentru a face ceva în privinţa acestei pierderi. Ei au subliniat că pierderea era mai mult decât un obiect al dragostei, real sau imaginar, ci şi o stare de bine conferită individului de acest obiect. Această stare a devenit un tip de „paradis pierdut”, care a fost idealizat şi dorit intens chiar dacă era de neatins.

Jacobson (1971 a) a dus mai departe formularea lui Freud sugerând că pacienţii deprimaţi se poartă de fapt ca şi cum ar fi obiecte neînsemnate, pierdute ale iubirii, deşi ei nu-şi asumă toate caracteristicile acestei persoane pierdute. În cele din urmă, acest obiect intern rău – sau obiectul extern pierdut al iubirii – se transformă într-un

Supraeu sadic. Atunci, pacientul depresiv devine „o victimă a Supraeului, la fel de neajutorată şi lipsită de putere ca un copilaş care este torturat de cruda şi puternica sa mamă” (p. 252).

Dna I era o casnică în vârstă de 49 de ani care dezvoltase o depresie psihotică. Devenise convinsă că era complet inutilă şi se gândea adesea cum o bătea tatăl ei în copilărie pentru că era o „fetiţă rea”. Uneori, introiectul rău al tatălui abuziv şi detestat fusese absorbit în imaginea de Sine a pacientei, iar ea se rănea, atât ca autopedepsire, cât şi ca mod de a-şi ataca obiectul intern. Alteori, tatăl era perceput ca un obiect intern separat sau ca un Supraeu aspru care o mustra că este rea. În aceste condiţii, d-na 1 auzea o voce halucinată spunând „Eşti rea” şi „Meriţi să mori”.

Lumea de obiecte interne a d-nei I indică felul în care, în depresia psihotică, există o fuziune a Sinelui cu obiectul, pe de o parte, şi o reactivare a relaţiei de obiect intern în care obiectul rău şi chinuitor sau Supraeul primitiv persecută un Sine rău, pe de altă parte. Jacobson credea că mania poate fi înţeleasă ca o reunire magică a Sinelui cu figura aspră a Supraeului, astfel schimb îndu-se figura dintr-un călău punitiv într-o persoană în întregime bună, iertătoare şi iubitoare. Acest obiect idealizat poate apoi să fie proiectat în lumea exterioară pentru a stabili relaţii puternic idealizate cu alţii, în timp ce agresivitatea şi dorinţa de distrugere sunt negate.

Arieti (1977) a postulat o ideologie preexistentă la persoanele care devin sever deprimate. El a observat, pe când trata pacienţi sever deprimaţi, că aceştia au adesea un model de viaţă pentru altcineva, în loc de a avea un model de viaţă pentru ei înşişi. El a numit persoana pentru

care trăiau ei *celălalt dominant.* Soţul, soţia simt adesea celălalt dominant, însă uneori această funcţie poate fi îndeplinită de un ideal sau de o organizaţie. El a folosit termenul de *scop dominant* sau *etiologie dominantă* pentru situaţia în care un scop sau ţel transcendent a ocupat acest loc în lumea psihologică a individului. Aceşti indivizi simt că a trăi pentru altcineva sau altceva nu este un lucru bun pentru ei, dar se simt incapabili să schimbe asta. Ei pot crede că viaţa este fără valoare dacă nu pot obţine răspunsul pe care-l doresc de la celălalt dominant sau dacă nu-şi pot atinge scopul imposibil.

Teoria ataşamentului ne poate învăţa multe despre depresie. John Bowlby (1969) vedea ataşamentul copilului faţă de mamă ca necesar pentru supravieţuire. Când ataşamentul este rupt prin pierderea părintelui sau printr-o evoluţie instabilă faţă de părinte, copiii se văd ca nedemni de iubit, iar pe mamele lor şi pe ceilalţi care îi îngrijesc, ca pe nişte persoane abandonante şi de care nu se pot ataşa. De aceea, copiii aceştia pot deveni depresivi în viaţa adultă ori de câte ori trăiesc o pierdere, pentru că aceasta reactivează sentimentele de abandon şi imposibilitatea de a fi iubiţi.

Există mai multe teme şi formulări psihodinamice care sunt rezumate în Tabelul 8.1. Aproape toate vederile psihanalitice sugerează o vulnerabilitate narcisică fundamentală sau o autostimă fragilă la pacienţii depresivi (Busch et al., 2004). Furia şi agresivitatea sunt şi ele implicate în cele mai multe teorii, mai ales în asociere cu vina şi autodenigrarea pe care acestea le produc. În plus, căutarea unei figuri înalt protectoare, cu certitudinea că pacientul nu va afla acea persoană, este o parte a tabloului depresiv. Un Supraeu exigent şi perfecţionist pare să joace un rol central şi poate deveni chinuitor prin cererile pe care i le adresează individului. În unele cazuri, se formează un cerc vicios (Busch et al., 2004). O persoană care este

deprimată poate încerca să compenseze idealizându-se pe sine sau alte persoane semnificative. Totuşi, această idealizare doar creşte riscul unei eventuale dezamăgiri, care atrage după ea apoi depresia, pentru că aceste standarde înalte nu au fost atinse. Acest eşec poate duce şi la devalorizarea propriei persoane şi la furia autodirecţionată.

Tabel 8 – 1. Contribuţii istorice majore la modelele psihodinamice ale depresiei/distimiei

Freud (1917/1963)	**Furia întoarsă spre interior**
Abraham 1924/1927	**Pierderile din prezent reactivează scăderea autostimei din copilărie**
Klein (1940/1975)	**Eşec de dezvoltare în timpul poziţiei depresive**
Bibring (1953)	**Tensiune în Eu între ideaiuri şi realitate**
Sandler şi joffe (1965)	**Neputinţă ca răspuns la pierderea obiectului real sau imaginar al iubirii în copilărie**
Bowlby	**Pierderea reactivează**

(1969)	**senzaţia de a fi de neiubit şi abandonat consecutiv ataşamentului nesigur**	
Jacobson (1971a, 1971b)	**Obiectul pierdut al iubirii transformat într-un Supraeu sadic**	
Arieti (1977)	**A trăi pentru celălalt dominant**	

Un model psihodinamic contemporan al depresiei trebuie să înţeleagă că experienţele timpurii ale traumei îl fac pe copil să dezvolte reprezentări problematice ale Sinelui şi obiectelor. În cazul abuzului fizic şi sexual, copilul internalizează un Sine rău care merită abuzul şi care este foarte sensibil în privinţa victimizării. Reprezentarea obiectului este, cel mai probabil, aceea a unei figuri abuzive şi punitive care atacă Sinele. Sentimentul de a fi chinuit sau persecutat de acest obiect intern abuziv se potriveşte foarte bine cu observaţiile asupra Supraeului punitiv. De asemenea, pierderea timpurie a unui părinte duce copilul la dezvoltarea unui simţ al Sinelui abandonat căruia nu i se pot satisface nevoile pe care în mod normal un părinte le îndeplineşte. Copilul internalizează şi o reprezentare a obiectului abandonant şi creşte cu un sentiment al pierderii şi al dorului, care se reactivează în viaţa adultă în momentul în care apare un stresor care implică pierderea. De aceea, efectele pierderii sunt accentuate când pierderea apare în viaţa adultă. Pentru că autostima copilului este bazată în

general pe felul în care acesta este tratat în primele sale interacţiuni cu familia, o autostimă vulnerabilă este şi ea o moştenire a traumei şi a pierderii din copilărie. Construirea personalităţii copilului în contextul relaţiilor problematice cu părinţii şi cu alte persoane semnificative va avea probabil ca rezultat dificultăţi de relaţionare în viaţa adultă. Astfel, adulţii cu un asemenea trecut pot avea dificultăţi în formarea şi menţinerea relaţiilor şi pot fi mai vulnerabili la pierdere şi la rănirea narcisică de către alţii.

Studiul mecanismelor de apărare este o altă componentă a teoriei psihanalitice, relevantă pentru un model psihodinamic al depresiei. Mecanismele de apărare sunt create foarte devreme în viaţă, pentru a controla stările afective dureroase. Lucrările lui Kwon (1999; Kwon şi Lemmon, 2000) arată că anumite mecanisme de apărare pot contribui la dezvoltarea depresiei, în timp ce altele pot contribui la protecţia împotriva depresiei. Întoarcerea împotriva propriei persoane, care presupune autocritică exagerată şi persistentă, este o apărare imatură care are un efect aditiv asupra stilului atribuţional negativ în dezvoltarea disforiei. Alte mecanisme de apărare imature par să crească şi ele riscul depresiei şi al altor boli psihiatrice (Vaillant şi Vaillant, 1992). Pe de altă parte, anumite mecanisme de apărare de nivel înalt, cum ar fi intelectualizarea, care presupune reinterpretarea realităţii prin intermediul unor principii generale şi abstracte, pot modera pozitiv influenţa stilurilor atribuţionale asupra nivelului disforiei. De aceea, adăugarea unei perspective psihodinamice a apărărilor poate uşura înţelegerea şi tratarea depresiei (Hayes et al., 1996; Jones şi Pulos, 1993).

Un alt principiu al gândirii psihodinamice este concentrarea pe ceea ce este unic în fiecare pacient, opunându-se percepţiei pacienţilor ca parte a unui grup larg. Din acest punct de vedere, modelele psihodinamice

ale depresiei iau în considerare calităţile unice ale mecanismelor de apărare şi ale relaţiilor de obiect pentru fiecare persoană deprimată. De exemplu, Blatt (1998, 2004) a studiat populaţii largi de pacienţi depresivi şi a observat două tipuri psihodinamice de bază. Tipul *anaclitic* este caracterizat de sentimente de neajutorare, singurătate şi slăbiciune, asociate cu frici cronice de abandon şi lipsă de protecţie. Aceşti indivizi tânjesc să fie alinaţi, protejaţi şi iubiţi. Ei simt caracterizaţi prin vulnerabilitate la ruperea relaţiilor interpersonale şi folosesc de obicei ca mecanisme de apărare negarea, deplasarea şi refularea. Spre deosebire de ei, pacienţii *introiectivi* care sunt deprimaţi sunt în primul rând preocupaţi de autodezvoltare. Relaţiile intime sunt văzute ca secundare şi ei folosesc alte mecanisme de apărare: intelectualizare, formaţiune reacţională şi raţionalizare. Ei sunt excesiv de perfecţionişti şi de competitivi şi dirijaţi de dorinţa de a se realiza la muncă şi la şcoală. Pacienţii de tip anaclitic îşi manifestă depresia în special prin sentimente disforice de abandon, pierdere şi singurătate. Pacienţii de tip introiectiv îşi manifestă depresia prin sentimente de vinovăţie şi lipsă de valoare. Ei au un deosebit simţ al eşecului şi sentimentul că şi-au pierdut autonomia şi controlul.

8.2 Psihodinamica suicidului

Multe boli psihiatrice diferite pot culmina cu deznodământul tragic al sinuciderii. Sinuciderea este cel mai frecvent asociată cu tulburări afective majore. De aceea, va fi abordată detaliat în cuprinsul acestui capitol. Înainte de a examina perspectiva psihodinamică a suicidului, se impune o obiecţie. Determinanţii comportamentului suicidar pot fi atât biologici, cât şi psihologici. Aspectele psihodinamice scoase la iveală de

travaliul psihoterapeutic cu pacienţi suicidari pot fi, în unele situaţii, *secundare* în raport cu schimbările neurochimice, aşa încât toate modalităţile de tratament somatic disponibile trebuie să fie folosite agresiv în paralel cu abordarea psihoterapeutică. În multe cazuri, doar psihoterapia nu este suficientă pentru pacienţii sever suicidari. Într-un studiu comparat (Lesse, 1978), doar 16 dintre pacienţii sever deprimaţi care urmau o psihoterapie au avut rezultate pozitive, în timp ce 83 dintre pacienţii care urmau atât psihoterapie, cât şi farmacoterapie şi 86 dintre aceia care fuseseră supuşi terapiei electroconvulsivante (TEC) au avut rezultate bune. Salvarea vieţii pacienţilor este mult mai importantă decât puritatea teoretică.

Ideaţia şi comportamentul suicidar, ca toate celelalte acte şi gânduri, simt produsele finale ale principiilor supradeterminării şi funcţiei multiple (v. Capitolul 1). Motivaţiile suicidului sunt foarte variate şi adesea necunoscute (Meissner, 1986). De aceea, clinicianul trebuie să asculte cu atenţie fiecare pacient, observând dezvoltările particulare de transfer-contratransfer, înainte să se ajungă la o saturare a bazelor dinamice ale suicidului.

Conform înţelegerii sale asupra depresiei, Freud (1917/1963) a presupus că Eul se poate ucide singur doar dacă se tratează pe el însuşi ca pe un obiect, aşa că a postulat că suicidul rezultă din impulsuri ucigaşe deplasate – adică dorinţele distructive faţă de un obiect internalizat sunt redirecţionate împotriva Sinelui. După dezvoltarea modelului structural (Freud, 1923/1961), Freud a redefinit suicidul ca victimizare a Eului de către un Supraeu sadic. Viziunea lui Karl Menninger (1933) asupra suicidului era ceva mai complexă. El credea că există cel puţin trei dorinţe care pot contribui la un act suicidar: dorinţa de a ucide, dorinţa de a fi ucis şi dorinţa de a muri. Dorinţa de a

ucide poate fi direcţionată nu doar spre un obiect *intern.* Experienţa clinică confirmă tot mereu faptul că suicidul este adesea destinat distrugerii vieţilor supravieţuitorilor. De exemplu, pacienţii depresivi simt adesea că sinuciderea este singura răzbunare satisfăcătoare împotriva părinţilor. Partenerul unui pacient poate fi, în acelaşi fel, „ţinta" sinuciderii.

O temă recurentă în relaţiile de obiect ale pacienţilor suicidari este drama desfăşurată între un călău sadic şi victima chinuită. Ca şi în cazul d-nei I descris anterior, există adesea un obiect intern persecutor care îl face pe pacient să se simtă îngrozitor. Pe de altă parte, pacientul care se identifică cu persecutorul poate chinui, la rândul său, pe oricine din anturaj. În unele cazuri, pacientul poate crede că singura soluţie posibilă de ieşire din această dramă este supunerea faţă de călău prin sinucidere (Meissner, 1986). Figura persecutoare internă a fost numită „călăul ascuns" (Asch, 1980).

În alte cazuri, agresivitatea joacă un rol mult mai modest în motivarea suicidului. Fenichel (1945) observa că suicidul poate însemna împlinirea unei dorinţe de reunire, adică o reunire veselă şi magică cu o persoană iubită şi pierdută sau o unire narcisică cu o figură a Supraeului iubitor. Pierderea de obiect stă adesea în spatele comportamentului suicidar şi mulţi pacienţi suicidari dau dovadă de puternice dorinţe de dependenţă faţă de un obiect pierdut (Dorpat, 1973). Din acest punct de vedere, suicidul poate fi o dorinţă regresivă de reunire cu o figură maternă pierdută. Ultimele cuvinte ale reverendului Jim Jones pronunţate la suicidul şi homicidul în masă din 1978 din Guyana au fost „mamă… mamă", rostite chiar înainte să se împuşte în cap. Un proces patologic de doliu este implicat adesea în sinucideri, mai ales la acelea care se întâmplă la comemorarea morţii cuiva iubit. Cercetările au demonstrat, de exemplu, că există o corelaţie statistic

semnificativă între sinucidere şi comemorarea morţii unui părinte (Bunch şi Barraclough, 1971). Când autostima şi autointegritatea cuiva depind de ataşamentul faţă de un obiect pierdut, suicidul pare a fi singura cale de a reface autocoeziunea.

Dna J era o femeie de 24 de ani cu depresie psihotică al cărei frate geamăn se sinucisese în urmă cu doi ani. După moartea acestuia, ea se retrăsese din viaţă, intenţionând să se sinucidă la rândul ei. Mai mult, se identificase psihotic cu fratele ei, până la punctul la care se credea bărbat şi îşi atribuise prenumele fratelui. Boala ei se dovedise refractară la tratamentul cu antidepresive cu litiu şi TEC. Simţea că nu poate continua să trăiască în absenţa fratelui ei. Dna J s-a sinucis, în cele din urmă, la comemorarea morţii fratelui ei.

Pentru a aprecia riscul de sinucidere la un pacient, aceste teme psihodinamice trebuie puse în contextul factorilor predictivi ai riscului suicidar. Un studiu prospectiv efectuat pe 954 de pacienţi (Clark şi Fawcett, 1992) a arătat că este extrem de util să facem diferenţa între factorii de risc pe termen scurt şi factorii pe termen lung în încercarea de a preveni suicidul. Şapte factori au anticipat suicidul în termen de un an de la intrarea în studiu: atacuri de panică, anxietate, scăderea severă a interesului şi a plăcerii, agitaţie depresivă care implica o schimbare rapidă a dispoziţiei de la anxietate la depresie şi la furie şi viceversa, abuz de alcool, scăderea capacităţii de concentrare şi insomnie globală. Factorii pe termen lung includ disperarea, ideaţia suicidară, intenţii suicidare şi istoric de tentative de suicid anterioare. Disperarea care s-a arătat în mod repetat a fi într-o mai mare măsură un factor predictiv pentru sinucidere decât depresia poate fi

asociată cu o imagine a Sinelui rigidă, care nu se schimbă în ciuda dezamăgirilor repetate. Dacă cineva nu poate trăi la nivelul aşteptărilor ţinute foarte rigid despre ceea ce ar trebui să fie Sinele, e posibil să apară disperarea, iar sinuciderea pare să fie singurul mod de ieşire din această situaţie. Respectând această constatare, Arieti (1977) a remarcat că anumiţi pacienţi care nu-şi pot schimba ideologia dominantă sau aşteptările celuilalt dominant pot prezenta şi ei un mare risc suicidar. În evaluarea ideaţiei suicidare, există un risc mai mare atunci când ideaţia este *egosintonică* – aceşti pacienţi găsesc ideaţia suicidară acceptabilă şi par a fi renunţat să lupte împotriva dorinţei de a se omorî.

Pentru a pune sinuciderea în context psihodinamic, clinicienii trebuie să înţeleagă natura evenimentului precipitant, motivaţiile conştiente şi inconştiente şi variabilele psihologice preexistente care cresc probabilitatea acţiunii conforme cu gândurile suicidare. Prin intermediul testelor psihologice proiective, cercetătorii (Smith, 1983; Smith şi Eyman, 1988) au studiat şi identificat patru modele ale funcţionării Eului şi paradigme ale relaţiilor de obiect intern care făceau diferenţa între indivizii cu tentative serioase şi cei care făceau doar gesturi pentru a-i controla pe cei apropiaţi. Sinucigaşii reali au prezentat 1) o inabilitate de a renunţa la dorinţele infantile de protecţie, asociate cu conflictul privind starea de dependenţă, 2) o viziune limpede, dar ambivalenţă asupra morţii, 3) exigenţe excesiv de mari faţă de sine, 4) controlarea în exces a afectelor, cu deosebire a agresivităţii. Cu toate că acest model se aplică mai mult bărbaţilor decât femeilor (Smith şi Eyman, 1988), atitudinea inhibitoare asupra agresivităţii distinge femeile sinucigaşe reale de acelea care recurg doar la gesturi blânde. Aceste rezultate ale testelor implică faptul că structurile psihologice preexistente care favorizează

sinuciderea sunt mai consistente la pacienţii individuali decât diversele motivaţii aflate îndărătul unui act sinucigaş particular.

8.3 Consideraţii asupra tratamentului 8.3.1 Rezultatele cercetărilor

Psihoterapia psihanalitică sau psihodinamică a depresiei/distimiei are o bază de cercetare mai mică decât terapia cognitiv-comportamentală şi decât psihoterapia interpersonală. Cercetările de psihoterapie psihanalitică au în faţă multe provocări unice, drept care pot fi problematice. Definirea intervenţiilor terapeutice unice pentru psihoterapia psihanalitică, standardizarea acestor tehnici printre terapeuţii bine pregătiţi, acceptarea finalului deschis şi adesea a unei durate lungi a terapiei, selectarea unor subiecţi de control adecvaţi şi abordarea obiecţiilor privind randomizarea studiului – toate acestea fac din cercetarea domeniului o întreprindere dificilă.

În ciuda dificultăţilor şi aspectelor complexe ale acestui demers, există din ce în ce mai multă literatură concentrată pe psihoterapia psihanalitică şi psihodinamică a depresiei. Studiile mai vechi foloseau terapia dinamică scurtă ca grup de comparaţie pentru evaluarea şi de obicei validarea altei metode terapeutice. Studii mai recente şi riguros controlate au arătat că psihoterapia psihodinamică este cel puţin la fel de eficientă ca alte modalităţi terapeutice. Într-un studiu efectuat asupra îngrijitorilor deprimaţi ai membrilor mai bătrâni din familii (Gallagher Thompson şi Steffen, 1994), randomizarea s-a făcut la unul dintre cele două grupuri de tratament: terapie psihodinamică scurtă sau terapie cognitiv-comportamentală. După 20 de şedinţe, 71 dintre îngrijitori nu mai erau clinic depresivi. Pe ansamblu, nu s-au găsit diferenţe între cele două grupuri de tratament.

Rezultate similare au fost raportate la al doilea Proiect de Psihoterapie de la Sheffield (Shapiro et al., 1994, 1995). În acest studiu controlat randomizat realizat în Marea Britanie, 120 de pacienţi depresivi au fost trimişi la 8 sau 16 şedinţe de terapie psihodinamică interpersonală sau terapie cognitiv-comportamentală. Ambele tratamente s-au dovedit la fel de eficiente şi au avut un efect la fel de rapid. Cu toate acestea, la pacienţii sever depresivi rezultate semnificativ mai bune au apărut după 16 săptămâni de terapie, indiferent dacă a fost vorba despre terapie psihodinamică interpersonală sau cognitiv-comportamentală. La o evaluare realizată după o urmărire de un an de zile, nu au fost găsite diferenţe în general nici în rezultate, nici în menţinerea efectelor pozitive între cele două tipuri de terapie. Perioadele lungi de terapie par a fi asociate cu rezultate mai bune pe termen lung, mai ales în cazul terapiei interpersonale psihodinamice.

În alt studiu randomizat controlat care compara terapia foarte scurtă cognitiv-comportamentală şi terapia psihodinamică interpersonală pentru depresie subsindromală, Barkham et al. (1999) au dezvoltat un model „doi plus unu”: două şedinţe de o oră la o săptămână distanţă, urmate de o a treia şedinţă de o oră după trei luni. Toate grupurile de tratament au avut rezultate bune şi nu au existat diferenţe semnificative între modalităţile de tratament, cu excepţia urmăririi la un an, când terapia cognitiv-comportamentală a demonstrat un avantaj semnificativ la evaluarea prin Inventarul de Depresie Beck.

Un studiu controlat randomizat asupra efectelor terapiei psihodinamice interpersonale scurte versus tratamentul obişnuit după autootrăvirea deliberată (Guthrie et al., 2001) efectuat în Marea Britanie a arătat semnificativ mai puţină ideaţie suicidară şi mai puţine încercări de autodistrugere printre pacienţi la urmărirea

de 6 luni comparativ cu subiecţii control. Un recent studiu controlat al efectelor pe termen scurt şi pe termen lung ale tratamentului psihologic al depresiei post partum (Cooper et al., 2003) a comparat efectele consilierii nondirective, ale terapiei cognitiv-comportamentale şi ale terapiei psihodinamice în raport cu tratamentul oferit în spital La 4 luni şi jumătate, toate cele 3 grupuri de tratament au prezentat scoruri semnificativ mai mici pe Scala de depresie postnatală Edinburgh comparativ cu grupul de control, dar numai terapia psihodinamică s-a arătat a fi semnificativ superioară tratamentului grupului de control în reducerea ratei depresiei, în baza Interviului Clinic Structurat pentru DSM-IH-R.

Cea mai recentă reevaluare metaanalitică a eficacităţii psihoterapiei psihodinamice scurte aplicate depresiei majore conform DSM-IH (American Psychiatric Association, 1980), comparativ cu terapia cognitiv-comportamentală sau cu terapia comportamentală (Leichsenring, 2001), a inclus doar studii în care s-au efectuat cel puţin 13 şedinţe de terapie şi în care au fost trataţi cel puţin 20 de pacienţi. Nu s-au găsit diferenţe semnificative între terapii în privinţa ameliorării simptomelor depresive, a simptomelor psihiatrice generale, a funcţionării sociale sau a numărului de pacienţi în remisie sau ameliorаţi. Autorul a tras concluzia că psihoterapia psihodinamică scurtă şi terapia cognitiv-comportamentală sau comportamentală par să fie la fel de eficiente în tratamentul depresiei.

O evaluare a tratamentului depresiei la vârstnici (Karel şi Hinrichsen, 2000) confirmă faptul că psihoterapia psihodinamică este mai eficientă decât lipsa tratamentului şi pare să fie la fel de eficientă în comparaţie cu alte tipuri de terapie. Sărăcia de cercetări curente şi nevoia de mai multe studii axate pe depresia geriatrică sunt subliniate în acest studiu, ca şi o metaanaliză a tratamentelor

farmacologice şi psihologice pentru pacienţii vârstnici depresivi (Gerson et al., 1999).

Un studiu inedit asupra psihoterapiei psihodinamice scurte în depresie îi descrie eficacitatea într-un cadru natural folosind un tratament hibrid între eficacitate/randament (Hilsenroth et al., 2003). Douăzeci şi unu de pacienţi cu tulburare depresivă majoră, tulburare depresivă fără altă specificaţie, distimie sau tulburare de adaptare cu dispoziţie depresivă au urmat tratament cu una sau două şedinţe pe săptămână, în acest studiu, spre deosebire de cele anterioare, pacienţii nu au fost excluşi din cauza comorbidităţilor. În plus, durata tratamentului nu a fost fixă, ca în cazul studiilor controlate randomizate, ci a fost hotărâtă de clinician, pacient şi de evoluţia terapiei. Toţi pacienţii au efectuat cel puţin 9 şedinţe, iar numărul de şedinţe a fost în medie de 30, pe o durată medie de 7 luni. Simptomatologia depresivă şi funcţionarea relaţională, socială şi ocupaţională conform DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994) au fost evaluate folosind scale clinice şi autoevaluări pre şi posttratament. Schimbări pozitive semnificative statistic au apărut în toate ariile de funcţionare. Şi mai interesant, o legătură directă proces-rezultat a fost observată între tehnicile terapeutice şi ameliorarea simptomelor depresive. Mai specific, concentrarea şedinţei pe afect şi exprimarea emoţiilor par să fi fost cele mai importante elemente. Autorii au admis limitările date de dimensiunea mică a grupului şi de nivelul clinic uşor spre moderat al bolii. Cu toate acestea, studiul este o premieră, relaţionând eficacitate cu un cadru natural.

Studii mai recente au început să investigheze combinarea psihoterapiei cu medicaţia antidepresivă în tratamentul depresiei. Într-un studiu olandez, 167 de persoane neinternate cu depresie majoră au fost incluse într-un studiu clinic randomizat de şase luni cu

antidepresive sau terapie combinată (de Jonghe et al., 2001). Tratamentul antidepresiv iniţial a fost cu fluoxetină şi s-a folosit un protocol de paşi succesivi cu amitriptilină şi modobemidă în cazurile de intoleranţă sau ineficienţă. Tratamentul combinat a adăugat 16 sesiuni de psihoterapie suportivă psihodinamică scurtă. Diferenţe semnificative statistic în ratele de succes au favorizat substanţial terapia combinată la 8, 16 şi 24 săptămâni de tratament. La 6 luni, 40 dintre pacienţii care primiseră doar antidepresive au încetat să-şi mai ia medicaţia, în timp ce doar 22 din cei supuşi terapiei combinate au renunţat. Rata medie de succes pentru grupul de farmacoterapie a fost de 40, 7 şi de aproape 60 pentru grupul de terapie combinată la 24 de săptămâni. Pacienţii care au urmat tratamentul combinat au avut o probabilitate mai mică de a abandona tratamentul – medicamentos sau integral –, având de aceea şanse semnificativ mai mari de vindecare.

Alt studiu care susţinea superioritatea terapiei combinate asupra farmacoterapiei simple pentru depresia majoră a fost realizat de Burnand et al. (2002). În acest studiu elveţian, 74 de pacienţi au fost randomizaţi pentru tratament cu clomipramină sau clomipramină combinată cu psihoterapie psihodinamică, într-un cadru de tratament nespitalizat de 10 săptămâni pentru o patologie acută. Pacienţii care luau doar clomipramină au primit îngrijiri suportive comparabile cu cantitatea de psihoterapie structurată primită de grupul de terapie combinată. S-au observat ameliorări în ambele grupuri. Cu toate acestea, pacienţii din grupul de tratament combinat au prezentat rate mai mici de eşec al tratamentului şi o funcţionare mai bună la locul de muncă după 10 săptămâni. În plus, acest grup a demonstrat o funcţionare globală mai bună şi o rată de spitalizare mai mică după încheierea studiului. Psihoterapia psihodinamică scurtă s-a dovedit a fi şi foarte

economică: o economie de 2 311 dolari pe pacient în grupul de tratament combinat rezultată din mai puţine zile de muncă pierdute şi mai puţină spitalizare. Aceste cifre au depăşit costul furnizării psihoterapiei.

Eficacitatea de cost a psihoterapiei psihodinamice scurte a fost sugerată anterior într-un studiu efectuat pe 110 pacienţi nonpsihotici a căror boală nu a răspuns la tratamentul de rutină oferit de un specialist în sănătate mintală pe o perioadă de şase luni (Guthrie et al., 1999). Dintre aceşti pacienţi, 75, 5 au prezentat tulburări depresive. Toţi pacienţii au fost randomizaţi fie pentru opt şedinţe săptămânale de psihoterapie psihodinamică interpersonală, fie pentru controlul şi îngrijirea uzuală psihiatrică. La urmărirea de şase luni, aceia care urmau o terapie au demonstrat o ameliorare semnificativ mai mare decât subiecţii de control în zonele de funcţionare socială şi de stres psihologic. Ei au arătat, de asemenea, o reducere semnificativă a utilizării serviciilor de sănătate în primele şase luni după tratament comparativ cu subiecţii de control. Costul adiţional al terapiei a fost compensat de reducerea cheltuielilor de asigurare de sănătate în şase luni.

Studiile randomizate controlate care investighează terapia psihodinamică lungă şi psihanaliza cu pacienţii depresivi rămân indisponibile. Mulţi clinicieni recunosc faptul că există un subgrup de pacienţi depresivi care necesită acest tratament. Blatt et al. (1995) au reanalizat date de la Programul de Cercetare în Colaborare a Tratamentului Depresiei al Institutului Naţional de Sănătate Mintală şi au descoperit că pacienţii perfecţionişti şi autocritici (i.e., subtipul introiectiv de pacienţi depresivi) nu au răspuns bine la niciunul dintre cele patru tipuri de tratament care au cuprins 16 săptămâni de terapie cognitivă, 16 săptămâni de terapie interpersonală, 16 săptămâni de imipramină plus

management clinic şi 16 săptămâni de placebo plus management clinic. Două studii de urmărire în cadrul natural (Blatt, 1992; Blatt et al., 1994) au arătat că psihoterapia psihodinamică pe termen lung poate fi eficientă la pacienţii autocritici şi perfecţionişti care nu răspund la terapiile scurte. Mulţi dintre aceşti pacienţi au probabil trăsături caracterologice obsesiv-compulsive şi narcisice semnificative. Aceşti pacienţi perfecţionişti pot prezenta şi un risc mare de sinucidere (Blatt, 1998; Hewitt et al., 1997), aşa încât investiţia de timp, energie şi resurse poate fi foarte bine justificată. Sunt necesare cercetări ulterioare pentru a confirma această ipoteză.

8.3.2 Principii de tratament *Mania*

Cei mai mulţi pacienţi maniacali nu vor putea beneficia de intervenţiile terapeutice până când mania lor nu este controlată farmacologic. Mare parte a tratamentului ulterior presupune prevenirea recăderilor prin concentrarea asupra problemelor de noncomplianţă şi a lipsei de insight asupra bolii. Trebuie abordate mai multe teme psihodinamice majore prezente adesea la pacienţii bipolari. Păstrând negarea generală a bolii lor, aceşti pacienţi argumentează adesea că simptomele lor maniacale sau hipomaniacale nu sunt o manifestare de boală, ci mai degrabă reflectarea felului în care sunt ei de fapt. Pacienţii bipolari au o cunoscută lipsă de insight. Într-un studiu efectuat pe 28 de pacienţi maniacali, trataţi într-o secţie de spital (Ghaerni et al., 1995), s-a evaluat insight-ul pacienţilor la internare şi la externare. Cercetătorii au descoperit că până şi atunci când toate simptomele de manie s-au ameliorat ori s-au remis, insight-ul a rămas remarcabil de absent.

Legată adesea de această negare este o altă temă psihodinamică ce implică clivajul sau discontinuitatea

psihică. Mulţi pacienţi bipolari continuă să nege semnificaţia episoadelor lor maniacale anterioare chiar şi atunci când simt cutimici. Ei pot pretinde că acel comportament a fost pur şi simplu rezultatul faptului că nu s-au îngrijit şi adesea insistă că ceea ce s-a întâmplat înainte nu se va mai întâmpla vreodată. În această formă de clivaj, reprezentarea Sinelui implicat în episodul maniacal este văzută ca total separată de Sinele din faza cutimică. Această lipsă de continuitate a Sinelui nu pare să-l deranjeze pe pacient, deşi pare a-i exaspera pe membrii familiei şi pe doctori. Specialistul care tratează pacientul trebuie să lucreze psihoterapeutic pentru a pune laolaltă fragmentele Sinelui într-un continuum narativ în viaţa pacientului, aşa încât nevoia de a menţine farmacoterapia să devină mai consistentă la acest pacient. Uneori, înregistrarea pe bandă a episoadelor maniacale (cu permisiunea pacientului) şi prezentarea lor pacientului atunci când acesta este cutimic pot ajuta la convingerea pacientului că există o legătură între Sinele maniacal şi cel cutimic.

Dintr-o perspectivă kleiniană, sarcina terapeutică fundamentală cu pacientul bipolar poate fi facilitarea travaliului doliului. Pierderile parentale timpurii, mai ales a mamei, sunt puternic asociate cu dezvoltarea bolii bipolare (Mortensen et al., 2003). De fapt, copiii care-şi pierd mama înainte de vârsta de 5 ani au un risc de patru ori mai mare de a dezvolta o tulburare bipolară. Există şi o legătură puternică între trauma fizică din copilărie şi mania în viaţa adultă (Levitan et al., 1988) şi este posibil ca nevoia de a nega agresivitatea să aibă rădăcini în primii ani de viaţă. Ameninţarea unor sentimente agresive şi persecutoare duce la nevoia creării de apărări maniacale pentru a le nega. După un episod maniacal, pacienţii pot fi foarte conştienţi de propria distructivitate şi pot resimţi remuşcări pentru răul pe care l-au făcut altora în timpul

fazei maniacale. Psihoterapeuţii pot deci să intervină la momentul potrivit pentru a-i ajuta pe pacienţi să integreze părţile iubitoare şi agresive ale Sinelui lor interior şi reprezentările de obiect. Continuarea clivării acestor aspecte ale persoanei lor le oferă pacienţilor o uşurare temporară de durere, dar în niciun caz nu le rezolvă anxietăţile depresive. Klein (1940/1975) a observat că atunci când sentimentele de persecuţie şi agresivitate scad, apărările maniacale devin mai puţin necesare pacientului. De aceea, un alt scop este ajutarea pacientului să devină mai capabil să internalizeze acele relaţii în care binele şi dragostea prevalează în raport cu răul şi cu ura.

Într-un studiu prospectiv de doi ani asupra recăderilor efectuat pe 61 de pacienţi în ambulatoriu cu tulburare bipolară (Ellicott et al., 1990), recăderea nu a putut fi explicată de schimbări ale nivelului litiului sau de complianţa la medicamente. Cu toate acestea, a existat o asociere semnificativă între evenimentele stresante şi recădere. Cercetătorii au ajuns la concluzia că intervenţiile psihologice în perioade de mare stres sunt cruciale pentru prevenirea recurenţei. Psihiatrii specializaţi în psihodinamică trebuie să observe semnificaţia agenţilor stresanţi specifici în viaţa pacientului şi să îi monitorizeze în timp ce controlează şi administrarea timostabilizatorului.

Litiul şi alte timostabilizatoare dobândesc adesea semnificaţii speciale pentru pacienţii bipolari. Pentru unii pacienţi, medicaţia reprezintă o metodă de a-i depriva de euforia egosintonică a episoadelor maniacale. Medicaţia le poate reaminti pacienţilor şi de unii membri ai familiei care au suferit de tulburare bipolară cu consecinţe precum sinuciderea. Jamison (1995) şi-a descris propria luptă cu boala bipolară şi a apreciat ca extraordinar ajutorul pe care i l-a oferit psihoterapia pentru a continua să ia litiu şi pentru a-şi înţelege temerile în administrarea medicaţiei.

Prin psihoterapie, ea şi-a descoperit aceste temeri: „De fapt, la baza tuturor acestora, eram terifiată că litiul ar putea să *nu* aibă efect: Cum ar fi să îl iau şi să fiu în continuare bolnavă? Pe de altă parte, dacă nu l-aş lua, nu ar mai fi nevoie să îmi văd împlinite cele mai negre temeri” (p. 103).

Deşi problemele legate de noncomplianţă trebuie energic abordate, trebuie amintit că farmacoterapia tulburărilor bipolare are o eficacitate limitată în prevenirea în timp a recurenţelor. Doar în jur de 40 dintre pacienţii care iau litiu nu au mai avut recăderi la urmărirea de 5 ani (Mai, 1999). Cotele înalte ale problemelor legate de serviciu şi ale problemelor de familie reprezintă mai degrabă regula decât excepţia (Miklowitz şi Frank, 1999). Există un consens în privinţa faptului că psihoterapia trebuie să aibă scopuri mai mari decât cel de a îmbunătăţi gradul de complianţă; psihoterapia ar trebui totodată să identifice stresorii, să îmbunătăţească funcţionarea în familie şi să elaboreze impactul bolii asupra pacientului şi a celorlalţi. Miklowitz et al. (2003) au demonstrat într-un studiu riguros că psihoeducaţia despre funcţionarea în familie, adăugată la farmacoterapie, sporeşte atât fidelitatea faţă de tratament, cât şi adaptarea simptomatică în perioada care urmează unui episod.

Salzman (1998) a pledat cauza integrării farmacoterapiei şi psihoterapiei în tratamentul pacienţilor bipolari. Construirea unei alianţe terapeutice este problema cea mai importantă şi se ajunge la realizarea ei prin explorare psihoterapeutică, empatie şi educaţie, mai degrabă decât prin folosirea unor tactici de dezbatere. Crearea unei diagrame a dispoziţiei poate fi şi ea utilă. Mişcările transferenţiale de la idealizare la devalorizare sunt foarte frecvente, iar acting-outul contratransferenţial ca reacţie la frustrare şi furie este un risc permanent.

Jamison (1995) a fost şi ea de acord asupra necesităţii tratamentului combinat: „Pe nesimţite, psihoterapia vindecă. Dă un sens confuziei, ţine în frâu gânduri şi sentimente terifiante, aduce înapoi ceva din controlul şi speranţa şi posibilitatea de a învăţa din toate… Nicio pastilă nu mă va ajuta să rezolv problema că nu vreau să iau pastile; tot aşa, doar psihoterapia nu poate preveni mania şi depresia. Am nevoie de amândouă” (p. 89).

Depresia

Primul pas în tratamentul terapeutic al depresiei, indiferent dacă pacientul este internat sau în ambulatoriu, este stabilirea unei alianţe terapeutice. Pentru a construi raportul necesar, clinicianul trebuie să asculte pur şi simplu şi să empatizeze cu punctul de vedere al pacientului. Poate cea mai frecventă greşeală a membrilor familiei şi a psihiatrilor începători este încercarea de a înveseli pacientul prin evidenţierea aspectelor pozitive. Comentarii de tipul „Nu aveţi de ce să fiţi deprimat – aveţi atâtea calităţi” sau „De ce să vreţi să vă omorâţi? Aveţi pentru ce trăi” pun mai degrabă paie pe foc. Asemenea comentarii de „încurajare” sunt trăite de pacienţi ca lipsă totală de empatie, care îi poate face să se simtă şi mai neînţeleşi şi singuri şi în consecinţă şi mai suicidari.

Dimpotrivă, clinicienii care lucrează cu asemenea pacienţi trebuie să-şi exprime înţelegerea că există într-adevăr motive de depresie. Ei pot empatiza cu durerea depresiei şi pot mobiliza ajutorul pacientului pentru a găsi împreună cauzele ascunse ale acestei dureri. Abordarea iniţială trebuie să fie suportivă, dar fermă (Arieti, 1977; Lesse, 1978). Interpretările premature, de exemplu: „Nu sunteţi cu adevărat depresiv – sunteţi furios”, vor fi şi ele percepute ca neempatice sau neadecvate. Clinicianul va fi mult mai util dacă pur şi simplu ascultă şi încearcă să înţeleagă viziunea pacientului asupra bolii.

Un terapeut specializat în psihodinamică va evalua cu grijă natura stresorului care pare să declanşeze depresia. Oare stresorul implică umilire şi pierdere? Oare retrezeşte pierderi şi traume din frageda copilărie? Care a fost semnificaţia specială a stresorului pentru pacient? Terapeutul va dori să ştie cu ce anume asociază pacientul stresorul. Este oare evenimentul reminiscenţa altor sentimente, gânduri sau fantasme care au trecut prin mintea pacientului? Terapeutul specializat în psihodinamică trebuie, de asemenea, să încurajeze pacientul să descrie vise care ar putea arunca o lumină pe ceea ce se petrece în mod inconştient.

În cursul anamnezei şi al evaluării stresorului, terapeuţii specializaţi în psihodinamică trebuie să fie atenţi şi la temele care apar în jurul modelelor relaţionale şi al autostimei pacientului. Vor lua în considerare diferitele teme psihodinamice enumerate mai sus şi vor aprecia care sunt cele mai clar implicate în patogeneza depresiei pacienţilor. S-a întors furia lor către interior? Se tem că tendinţa lor distructivă şi supărarea i-au lezat pe cei dragi? Există undeva o imagine a Sinelui perfecţionistă care pare imposibil de atins? Este oare pacientul chinuit de un Supraeu rău şi neînţelegător care cere în mod constant mai mult decât poate da acesta? A trăit pacientul pentru „celălalt dominant” mai degrabă decât să-şi îndeplinească propriile dorinţe şi vise? Este depresia mai curând de tip anaclitic, cu sentimente marcante de neajutorare, slăbiciune şi singurătate sau este mai mult de tip introiectiv, pentru care autodezvoltarea pare să fie mai importantă decât găsirea unui obiect protector al iubirii? Şi ce mecanisme de apărare foloseşte pacientul pentru a-şi controla stările afective dureroase?

În timpul analizării acestor teme din istorisirea vieţii pacientului, terapeutul trebuie să aibă grijă să observe transferul, contratransferul şi fenomenele de rezistenţă.

Modul în care pacientul se raportează la terapeut şi sentimentele evocate în terapeut de către pacient vor furniza indicii asupra modelelor familiare de probleme de relaţie care apar în afara terapiei. Modelul de rezistenţă poate reflecta apărările pacientului şi în alte situaţii de viaţă. În cele din urmă, terapeutul alcătuieşte o formulare a dificultăţilor pacientului, care să implice atât problemele timpurii de dezvoltare, cât şi situaţia curentă. Semnificaţia stresorului va avea probabil un rol important în formulare.

Formularea încearcă să abordeze întrebări de genul: Care sunt evenimentele care au precipitat aparent depresia? Ce aspiraţie evaluată narcisic nu a reuşit pacientul să realizeze? Care este ideologia dominantă a pacientului? Cine este celălalt dominant pentru care trăieşte pacientul şi de la care acesta nu primeşte răspunsurile dorite? Există vinovăţie asociată cu agresivitatea sau furia şi, dacă este aşa, pe cine este furios pacientul? Există o frustrare privitoare la eforturile făcute de Sine pentru obţinerea unui răspuns din partea obiectului Sinelui? Prezintă pacientul o depresie de tip anaclitic, în care schimbarea terapeutică va implica relaţiile interpersonale? Sau pacientul are mai degrabă o depresie de tip introiectiv, în care sunt mai importante autodefinirea şi autovalorizarea?

În timp ce clinicianul ascultă povestirea pacientului şi dezvoltă ipoteze despre bazele psihodinamice ale depresiei, pacientul formează un ataşament de transfer faţă de terapeut. În termenii lui Arieti, terapeutul devine un „terţ dominant”, în plus faţă de celălalt dominant din viaţa pacientului. Multe preocupări de acest fel, care sunt problematice în relaţionarea primară a pacientului, vor ieşi la suprafaţă prin transfer. Arieti a subliniat că realizarea unei alianţe terapeutice îi poate cere terapeutului să se conformeze unor aşteptări ale pacientului în timpul fazelor iniţiale ale psihoterapiei, facilitându-se astfel repetarea

patologiei pacientului în relaţia terapeutică. Atunci când s-a adunat suficientă informaţie, terapeutul ar putea să aibă nevoie să treacă la o abordare mai expresivă şi să-i interpreteze pacientului modelul „celuilalt dominant" care a provocat atâtea dificultăţi. Arieti a observat că „pacientul trebuie să realizeze conştient că nu ştia cum să trăiască pentru el însuşi. Nu s-a ascultat niciodată pe sine însuşi; în situaţiile cu o mare semnificaţie afectivă nu a putut niciodată să se impună. A vrut doar să obţină aprobarea, afecţiunea, dragostea, admiraţia sau grija celuilalt dominant" (p. 866). După această conştientizare, poate ieşi la suprafaţă o doză sănătoasă de furie împotriva celuilalt dominant.

După ce ideologia dominantă a fost dezvăluită, sarcina terapeutului este aceea de a ajuta pacientul să conceapă un nou mod de trai. În termenii Vui Bibring (1953), fie trebuie modificate suficient aspiraţiile idealizate pentru a putea fi realizate, fie trebuie abandonate şi înlocuite cu alte scopuri şi obiective. În perspectiva dezvoltării unor noi modele şi scopuri de viaţă, aceşti pacienţi pot depinde de terapeuţii lor pentru aflarea răspunsurilor. Dacă terapeutul cedează acestei cereri şi le spune ce trebuie să facă, nu face altceva decât să le reîntărească sentimentul de inutilitate şi să le scadă autostima (Betcher, 1983; Maxmen, 1978). Cererea pacienţilor de a li se rezolva dilema poate fi pur şi simplu întoarsă spre ei prin explicaţia că ei sunt în cea mai bună poziţie de a-şi face planuri alternative de viaţă.

O problemă centrală a abordării psihodinamice a pacienţilor depresivi este stabilirea unei semnificaţii interpersonale şi a unui context pentru depresia lor. Din păcate, pacienţii rezistă adesea cu tenacitate la aceste implicaţii interpersonale (Betcher, 1983). Ei preferă de multe ori să-şi vadă depresia şi dorinţele suicidare ca apărând în gol, insistând asupra faptului că nu au pe cine

să dea vina, în afară de ei. Atenţia concentrată asupra dezvoltărilor de transfer-contratransfer poate duce la spargerea acestei forme de rezistenţă. Atât în psihoterapie, cât şi în tratamentul spitalicesc, pacienţii îşi recapitulează relaţiile cu obiectele interne, ca şi modelele lor de relaţionare cu figurile externe. Pacienţii depresivi, mai ales, nutresc sentimente puternice. În timpul unui asemenea tratament, terapeutul poate trăi sentimente de disperare, furie, dorinţa de a scăpa de pacient, fantasme de putere salvatoare şi multe altele. Toate aceste reacţii emoţionale pot reflecta şi modul în care se simt celelalte persoane din viaţa pacientului. Aceste dimensiuni interpersonale ale depresiei pot fi implicate în provocarea sau perpetuarea acesteia. Pentru a examina impactul bolii pacientului asupra celor din jur, terapeutul trebuie să obţină colaborarea pacientului prin folosirea constructivă a acestor sentimente în relaţia terapeutică. Multe cazuri refractare de depresie au intrat în impasul repetiţiei modelelor caracteristice ale relaţiilor de obiect, care au o bază caracterologică solidă şi sunt dificil de schimbat.

DI K era un chimist respectat care a necesitat spitalizare la vârsta de 41 de ani, în urma unei depresii cu ideaţie suicidară. În timpul cât vizitase spitalul ca pacient în ambulatoriu, încercase toate antidepresivele cunoscute în doze terapeutice şi cu monitorizarea nivelului serie, iar în primele săptămâni de spitalizare se folosise TEC. Niciuna dintre aceste intervenţii somatice nu ameliorase cât de puţin depresia. Cu toate acestea, pacientul susţinea în continuare că este victima unui „dezechilibru chimic" şi că este responsabilitatea medicilor să rezolve acest lucru. DI K se plângea de sentimente de devalorizare, imposibilitatea de a dormi, incapacitatea de a se concentra la muncă,

deznădejde cu privire la viitor şi se punea mereu la îndoială. Simţea că toate realizările lui au fost în zadar şi că îşi adusese soţia la nebunie prin repetatele lui cereri de a fi consolat. Dna K era disperată pentru că se părea că orice îi oferea soţului ei nu ajuta la nimic. De câte ori încerca să-i arate soţului aspectele pozitive ale vieţii, el îi răspundea cu „da, dar”, respingând punctele ei de vedere ca irelevante.

Medicul rezident însărcinat cu tratamentul domnului K şi alţi membri ai personalului împărtăşeau aceeaşi frustrare. Pacientul le cerea să îi îndeplinească nevoile, dar apoi le respingea toate sugestiile ca inutile. Întregul personal se simţea neputincios, descoperit şi extenuat de depresia domnului K. De câte ori medicii rezidenţi de gardă veneau să facă vizite în pavilion, dl K angaja cu ei lungi discuţii despre depresia sa. Enumera medicamentele pe care le încercase şi expunea rolul neurotransmiţătorilor în depresie. Le cerea sfaturi despre boala lui. Inevitabil, medicii rezidenţi erau atraşi în discuţie şi încercau să aline suferinţa acestui om evident inteligent şi bine informat. Cu toate acestea, fiecare sugestie făcută de rezidenţi era respinsă de dl K pentru că „nu e utilă”. La sfârşitul acestor discuţii, medicii simţeau că timpul pierdut cu dl K fusese inutil şi plecau dezamăgiţi şi neputincioşi.

Echipa de tratament a prezentat dilema domnului K supervizorului rezidenţilor, care a arătat felul în care lumea interioară a pacientului era recreată în mediu. Asumându-şi rolul de „petiţionar care respinge ajutorul”, pacientul restabilea o reîaţie

de obiect intern caracterizată printr-o autoreprezentare victimizată şi îndelung suferindă asociată cu o reprezentare de obiect inutilă şi neputincioasă. DI K se folosea de reactivarea acestei relaţii de obiect intern pentru a chinui pe oricine se afla în jurul lui. Era capabil, în acest fel, să descarce o enormă cantitate de furie care îşi avea originea în interacţiunile din copilărie cu mama sa, despre care simţea că nu a fost în stare să vină în întâmpinarea nevoilor lui.

Ca rezultat al acestei consultaţii, a avut loc o schimbare decisivă în abordarea tratamentului. Rezidentul şi personalul care îl îngrijeau pe dl K au fost capabili să renunţe la eroicele lor eforturi terapeutice şi să încerce să obţină colaborarea pacientului pentru a-l determina să-şi dea seama ce se întâmpla de fapt. Nemaifiind de aici încolo un recipient pasiv de tratamente „medicale", pacientul era acum un colaborator activ într-un proces psihologic de reflecţie şi de înţelegere.

Paradigma relaţiilor de obiect care fusese pusă în act în mediu a fost clarificată şi descrisă pacientului. În acelaşi timp, asistentul social însărcinat cu cazul i-a explicat d-nei K înţelegerea bazată psihanalitic a problemei, pentru a-i uşura eliberarea de sentimentul ei de culpabilitate şi a o ajuta să înţeleagă că situaţia prezentă era o recapitulare a unei experienţe nerezolvate din copilărie. Când echipa terapeutică a încetat să reacţioneze asemenea reprezentării de obiect intern a domnului K, acesta a început să se prezinte diferit. S-a înfuriat la început la sugestia lor că ar trebui să accepte toată responsabilitatea bolii sale. Cu toate

acestea, rezidentul i-a explicat că s-a încercat tot ce era posibil în materie de intervenţie farmacologică şi că acum dl K trebuie să-şi ia în considerare propria contribuţie la sentimentul că este „blocat” în hăurile disperării. Această schimbare de abordare i-a adus domnului K o nouă relaţie de obiect cu care să se lupte. După încăpăţânarea iniţială, a făcut un lung travaliu psihologic. A intrat în contact cu ura faţă de mama sa, învinovăţită că nu i-a oferit dragostea şi aprobarea pe care le cerea, ca şi cu satisfacţia de a-şi chinui soţia, care fusese o metodă de a se întoarce la mamă.

Cazul domnului K arată felul în care o depresie severă refractară la tratamentul somatic convenţional poate fi asociată cu o formidabilă rezistenţă caracterologică ce duce la „blocarea” pacientului într-o relaţie de Sine-obiect nerezolvată. Aşa cum am descris în Capitolul 6, o schimbare într-un asemenea tratament poate apărea atunci când personalul îngrijitor infirmă aşteptarea pacientului că va reacţiona precum reprezentarea obiectului proiectat; în loc de toate acestea, personalul i-a furnizat un nou model de înţelegere, dar şi o nouă serie de obiecte şi interacţiuni de internalizat.

Alt aspect al schimbării abordării domnului K a fost dat de faptul că membrii personalului şi-au dat seama că acesta nu era numai victima bolii, dar şi un victimizator al celor din jurul lui. Discutând despre beneficiul secundar asociat frecvent cu depresia, Bibring (1953) remarca faptul că unii pacienţi depresivi îşi exploatează boala pentru a-şi justifica expresiile mascate ale impulsurilor lor distructive şi sadice îndreptate împotriva celor din jur. DI K îşi forţa soţia să intre într-un rol matern faţă de el doar pentru a-i dovedi că tratamentul ei matern nu are nicio valoare. Comentând sadismul ascuns prezent adesea la pacientul

depresiv, Jacobson (1971 b) sublinia: „Depresivul reuşeşte întotdeauna să-şi determine partenerul, adesea întregul anturaj, mai ales copiii, să se simtă teribil de vinovaţi, aducându-i şi pe ei în aceeaşi stare de depresie profundă" (p. 295). Într-adevăr, toţi membrii personalului au început să se simtă la fel ca dl K. Au început să se simtă din ce în ce mai vinovaţi pentru că nu găseau nicio modalitate terapeutică potrivită pacientului şi au devenit din ce în ce mai deprimaţi şi descurajaţi pe măsură ce înregistrau un nou eşec. Jacobson a mai afirmat că unii pacienţi depresivi (precum dl K) pot crea un cerc vicios care îi îndepărtează pe partenerii lor de viaţă tocmai atunci când este nevoie cel mai acut de dragostea lor. Soţii sau soţiile unor asemenea pacienţi sunt aduşi la disperare şi încep să se comporte crud sau neglijent ca urmare a sentimentelor lor de inadecvare, rănind pacienţii în momentele în care aceştia sunt neajutoraţi şi vulnerabili. Clinicienii pot urma un model asemănător, devenind sarcastici sau reci datorită faptului că pacienţii le resping în mod repetat ajutorul.

Vinietă clinică a cazului domnului K subliniază şi importanţa implicării familiei în tratamentul unui pacient sever deprimat. Literatura care abordează problema familiilor pacienţilor depresivi indică faptul că rata recidivelor, evoluţia depresiei şi comportamentul suicidar simt toate afectate de funcţionarea familiei (Keitner şi Miller, 1990). Într-un studiu (Hooley şi Teasdale, 1989), cel mai bun factor predictiv al recidivei a fost senzaţia pacientului că partenerul de viaţă este foarte critic faţă de el. Făcând o paralelă cu cercetările efectuate asupra familiilor pacienţilor schizofreni, studiul a mai arătat că emoţia foarte puternic exprimată în familia pacientului depresiv poate avea o contribuţie la apariţia recidivei (Hooley et al., 1986; Vaughn şi Left, 1976). Pacienţii depresivi determină apariţia sentimentelor de ostilitate şi sadism printre membrii familiei, iar clinicienii trebuie să-i

ajute pe aceştia să treacă peste sentimentele de vinovăţie apărute din cauza acestor reacţii pentru a le putea considera răspunsuri de înţeles în situaţia creată de un membru de familie depresiv.

8.4 Indicaţii şi contraindicaţii

Pentru mulţi pacienţi depresivi sau distimici, combinaţia de psihoterapie şi medicaţie pare să fie abordarea optimă. Nemeroff (1998 b) observa că, în timp ce aproximativ 65 dintre pacienţii depresivi răspund la un singur antidepresiv cu o scădere de 50 pe scala severităţii simptomatice, doar 30 se întorc complet la starea cutimică, conform scorurilor obţinute pe scalele standard. Thase et al. (1997) au descoperit că este foarte eficientă combinaţia de psihoterapie şi medicaţie în formele mai severe de depresie recurentă. Cu toate acestea, la studierea formelor mai uşoare de depresie, terapia combinată nu s-a dovedit a fi mai eficientă decât psihoterapia ca demers unic. Medicaţia este adesea ineficientă în depresiile minore şi aceşti pacienţi pot necesita psihoterapie pentru a ajunge să funcţioneze normal.

O parte dintre pacienţii depresivi nu vor fi complianţi la medicaţia prescrisă din motive variate, inclusiv pentru că ei nu simt că merită să fie mai bine sau pentru că simt că luând medicamente vor fi stigmatizaţi ca fiind bolnavi mintal. De Jonge et al. (2001) au conchis că tratamentul combinat oferă avantaje semnificative comparativ cu farmacoterapia singură la pacienţii cu depresie majoră. Pacienţii din grupul combinat au fost semnificativ mai complianţi la medicaţie şi la tratament în general şi astfel a fost mai probabil ca ei să se vindece. Un avantaj major al tratamentului combinat este posibilitatea de a aborda mai eficient şi în timp util, ca parte a procesului terapeutic, aspectele legate de noncomplianţă.

Unii pacienţi refuză cu încăpăţânare să ia medicaţia, nu o pot lua din cauza unor boli preexistente sau nu pot tolera efectele secundare. Pot fi necesare abordări psihodinamice pentru a înţelege semnificaţia medicaţiei sau motivele refuzului în astfel de cazuri. Experienţa clinică a arătat că unii pacienţi vor accepta medicaţia după o fază pregătitoare de psihoterapie psihodinamică.

Alţi pacienţi pot avea o boală care este parţial sau total refractară la orice tratament somatic. Psihoterapia psihodinamică pe termen lung poate fi indicată în cazurile de eşec terapeutic în loturile cu medicaţie multiplă şi/sau terapii de scurtă durată. Clinicienii care evaluează aceste cazuri ar trebui să fie suspicioşi în trei categorii de situaţii (Gabbard, 2000): 1) depresia majoră pe Axa I cu comorbiditate pe Axa II, 2) personalitatea depresivă şi 3) depresia caracterologică în contextul tulburărilor de personalitate. În legătură cu prima categorie, mai multe studii (Duggan et al., 1991; Reich şi Green, 1991; Shea et al., 1990) au sugerat că anumite tulburări de personalitate pot contribui la o tendinţă de a menţine depresia odată ce aceasta s-a produs şi, de asemenea, factorii caracterologici pot să fie responsabili pentru complianţa scăzută la medicaţie. Psihoterapia psihodinamică poate să fie necesară în combinaţie cu medicaţia pentru a trata eficient această populaţie.

În legătură cu a doua categorie, multe controverse s-au referit la existenţa sau nu a distincţiei tulburare de personalitate depresivă versus distimie. Datele arată că distincţia dintre cele două este validă şi folositoare clinic (Phillips et al., 1998) şi că durata psihoterapiei este semnificativ mai lungă la subiecţii care au tulburare de personalitate depresivă faţă de cei care nu au. Pacienţii distimici pot necesita şi ei tratament combinat pentru obţinerea reacţiei optime. O tranşă de psihoterapie psihodinamică poate să fie de ajutor în astfel de cazuri

pentru clarificarea diagnosticului, definirea comorbidităţilor şi favorizarea remisiei.

Cea de-a treia categorie se referă în principal la pacienţii cu tulburări severe de personalitate, mai ales borderline, care se plâng de „depresie” fără să îndeplinească însă criteriile DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2000) pentru o tulburare pe Axa I. Aceşti pacienţi reprezintă o provocare terapeutică unică atât pentru psihoterapeut, cât şi pentru farmacoterapeut, şi Ghidul de Practică al Asociaţiei Psihiatrice Americane (American Psychiatric Association, 2001) recomandă tratamentul combinat.

8.5 Tratamentul pacientului suicidar

Puţine evenimente din viaţa profesională a psihiatrului sunt mai tulburătoare decât suicidul pacientului. Într-un studiu (Chemtob et al., 1988), aproximativ jumătate din acei psihiatri care au pierdut un pacient prin suicid au trăit un nivel de stres comparabil cu acela al persoanelor care au suferit pierderea unui părinte. Alte cercetări (Hendin et al., 2004) sugerează ca mai mulţi factori specifici pot să contribuie la afectarea pe care psihoterapeutul o trăieşte după suicidul unui pacient. Din 34 de terapeuţi studiaţi după suicidul unui pacient, 38 au afirmat un stres sever. Patru elemente-cheie care participă la această stare sunt: omisiunea de a fi internat un pacient cu suicid iminent şi care ulterior moare, faptul de a fi luat o decizie terapeutică pe care terapeutul o simte ca pe o contribuţie la suicid, faptul de a fi primit reacţii negative din partea spitalului şi teama de consecinţele legale declanşate de familia pacientului. Un suicid reaminteşte de limitele inerente ale activităţii noastre. Tendinţa naturală a clinicienilor, fie în practica de spital, fie în psihoterapie, este către terapii îndelungate în scopul prevenirii

suicidului. A implementa măsuri rezonabile pentru a împiedica pacienţii să-şi ia viaţa este desigur o judecată bună din punct de vedere clinic, un comportament responsabil din punct de vedere etic şi o atitudine medicală defensivă din punct de vedere medico-legal. Totuşi, dacă rolul de salvator consumă prea mult, rezultatele pot să fie contraterapeutice.

În primul rând, clinicienii trebuie să aibă în vedere un lucru incontestabil: pacienţii care intenţionează cu adevărat să se omoare o vor face până la urmă. Niciun fel de restricţii fizice, observaţie atentă sau modalităţi clinice nu pot să-l oprească pe pacientul suicidar cu adevărat motivat. Un astfel de pacient a fost plasat odată într-o cameră de izolare în care se aflau doar saltele. Toate hainele şi obiectele personale au fost îndepărtate, iar pacientul a fost verificat la intervale regulate de 15 minute. Într-unul din aceste intervale de 15 minute între vizitele personalului, pacientul a început să sară pe saltele atât de puternic, încât s-a lovit cu capul de tavan în mod repetat până când în final şi-a rupt gâtul. Asemenea incidente ilustrează faptul că personalul spitalului trebuie să fie conştient că nu poate împiedica orice suicid al pacienţilor internaţi. Olin (1976) chiar a sugerat că dacă într-un spital anume nu s-a petrecut niciodată un suicid, acest lucru înseamnă că membrii echipei îşi asumă prea multă responsabilitate pentru comportamentul pacienţilor. În loc de aceasta, ar trebui ca, în mod repetat, clinicienii să sublinieze că, în ultimă instanţă, este responsabilitatea fiecărui pacient să înveţe să verbalizeze impulsurile suicidare, în loc să le pună în act.

După un suicid finalizat, adesea clinicienii se simt vinovaţi pentru că nu au identificat semnalele de alarmă care le-ar fi permis să prevadă

O tentativă iminentă de suicid. În ciuda acumulării unui volum vast de literatură pe tema factorilor de risc pe

termen scurt sau lung pentru suicid, capacitatea noastră de a anticipa suicidul unei persoane anume este încă foarte limitată. Goldstein et al. (1991) au studiat un grup de

1 906 pacienţi spitalizaţi pentru tulburări afective. Folosind datele pentru factorii de risc, cercetătorii au aplicat treptat regresia logistică multiplă pentru a crea un model statistic care să anticipeze cu succes suicidul. Acest model a eşuat în identificarea unui singur pacient care a comis suicidul. Investigatorii au conchis că nu este posibilă anticiparea suicidului pe baza înţelegerii noastre obişnuite a fenomenului, chiar în cadrul unui grup de pacienţi internaţi cu risc înalt. Modalitatea principală de evaluare a riscului de suicid iminent într-un cadru clinic este comunicarea verbală a intenţiei de către pacient sau o acţiune care denotă o intenţie suicidară clară. Clinicienii nu pot citi gândurile şi nu trebuie să se acuze pentru eşecurile lor dacă nu au fost prezente indicaţii suicidare clare, verbale sau nonverbale. Un studiu (Isometsa et al., 1995) a găsit că din 571 de cazuri de suicid, doar 36 din cei aflaţi în îngrijire psihiatrică şi-au comunicat intenţiile suicidare.

Tratamentul depresiei cu risc de suicid include în mod obişnuit farmacoterapia sau TEC. Mai mulţi factori de risc trebuie să fie evaluaţi, incluzând: sentimente de lipsă a speranţei, anxietate severă sau atacuri de panică, abuz de substanţe, evenimente adverse recente, probleme financiare sau faptul de a nu avea serviciu, faptul de a trăi singur, faptul de a fi văduv sau divorţat, sexul masculin şi vârsta de 60 de ani sau mai mult (Clark şi Fawcett, 1992; Hirschfeld şi Russell, 1997). Dacă pacientul are un plan definit şi pare să intenţioneze să acţioneze imediat, este necesară spitalizarea psihiatrică de urgenţă. Dacă riscul de suicid este substanţial, dar nu iminent, ar trebui să fie implicat un membru al familiei sau o altă persoană

apropiată. Trebuie să fie evaluată disponibilitatea armelor de foc în casă sau în altă parte. Trecerile în revistă ale datelor din literatură (Cummings şi Koepsell, 1998; Miller şi Hemenway, 1999) aduc dovezi evidente că disponibilitatea unui pistol creşte într-un grad substanţial riscul de suicid. Comunicarea regulată este esenţială în astfel de circumstanţe şi abuzul de substanţe trebuie de asemenea investigat. În cazurile de anxietate intensă sau panică, folosirea benzodiazepinelor trebuie luată în considerare (Hirschfeld şi Russell 1997). Psihoterapia poate, de asemenea, să fie de o extraordinară importanţă în înţelegerea motivelor pentru care pacientul vrea să moară şi a ceea ce el sau ea aşteaptă să se întâmple după moartea sa.

Clinicienii de orientare psihodinamică sunt în general de acord că terapeuţii care cad pradă iluziei că pot să-şi salveze pacienţii de la suicid îşi scad de fapt şansele să reuşească acest lucru (Hendin, 1982; Meissner, 1986; Richman şi Eyman, 1990; Searles, 1967/1979; Zee, 1972). O problemă psihologică izbitoare la pacientul sever suicidar este dorinţa de a fi îngrijit necondiţionat de o mamă iubitoare (Richman şi Eyman, 1990; Smith şi Eyman, 1988). Unii terapeuţi greşesc încercând să gratifice această fantasmă prin îndeplinirea tuturor nevoilor pacientului. Ei pot să accepte telefoane de la pacient la orice oră din zi sau din noapte, precum şi în vacanţe. Pot să-l primească pe pacient în cabinetul lor 7 zile din săptămână. Unii s-au implicat chiar şi sexual cu pacienţii într-un efort disperat de a le gratifica cererile nesfârşite asociate cu depresia (Twemlow şi Gabbard, 1989). Acest tip de comportament exacerbează ceea ce Hendin (1982) a descris ca fiind una dintre cele mai letale trăsături ale pacienţilor suicidari – şi anume tendinţa lor de atribui altora responsabilitatea pentru menţinerea lor în viaţă. Prin încercarea de a gratifica aceste cereri care sunt

mereu în ascensiune, terapeutul este în coluziune cu fantasma pacientului că într-adevăr există pe undeva o mamă care poate iubi necondiţionat şi care este diferită de restul lumii. Terapeutul nu poate susţine această iluzie indefinit; cei care încearcă să o facă pun pacientul în situaţia unei crâncene dezamăgiri, care poate creşte riscul de suicid.

Clinicienii care se lasă atraşi în rolul de salvatori cu pacienţii suicidari pun în joc, la nivel conştient sau inconştient, presupunerea că ei ar putea să ofere dragostea şi grija pe care alţii nu le-au oferit, transformând astfel într-un mod magic voinţa pacientului de a muri într-o dorinţă de a trăi. Această fantasmă este o capcană totuşi pentru că, aşa după cum nota Hendin (1982), „planurile ascunse ale pacientului reprezintă o tentativă de a dovedi că nimic din ceea ce poate face terapeutul nu va fi suficient. Dorinţa terapeutului de a se vedea pe sine ca salvator al pacientului suicidar îl poate face orb pe terapeut la faptul că pacientul l-a plasat în rolul de călău" (pp. 171 – 172). Terapeuţii le simt mai utili pacienţilor suicidari atunci când încearcă cu sârg să înţeleagă şi să analizeze originea dorinţelor suicidare, în loc de a se plasa pe ei înşişi în poziţia de sclav al pacientului.

Terapeuţii ar trebui să fie preocupaţi de identificarea transferurilor idealizante, care adesea se formează rapid atunci când pacienţii sunt în căutarea unui salvator. A prevedea şi a interpreta devreme în cursul procesului terapeutic dezamăgirile transferenţiale poate să fie un lucru util. Unii terapeuţi sunt în mod deschis conştienţi că nu pot opri pacientul de la comiterea suicidului şi oferă în loc oportunitatea înţelegerii motivelor pentru care pacientul crede că suicidul reprezintă unica opţiune (Henseler, 1991). Adesea această acceptare are un efect liniştitor şi poate genera o mai mare capacitate de

colaborare în sarcina psihoterapeutică.

Este folositor să facem o distincţie între *tratamentul* şi *managementul* pacientului suicidar. Cel din urmă include măsuri aşa cum sunt observaţia continuă, restricţiile fizice şi îndepărtarea obiectelor ascuţite din mediul înconjurător. Deşi aceste intervenţii sunt folositoare în împiedicarea pacientului de a da curs impulsurilor suicidare, tehnicile de management nu scad în mod necesar vulnerabilitatea viitoare a pacientului de a repeta comportamentul suicidar. *Tratamentul* pacienţilor suicidari – constând în medicaţie şi o abordare psihoterapeutică prin care să se ajungă la înţelegerea factorilor interni şi a stresorilor externi care îl fac pe pacient suicidar – este menit să modifice dorinţa fundamentală de a muri.

Contratransferul provocat de pacienţii suicidari reprezintă un formidabil obstacol la tratament. Unii clinicieni evită pur şi simplu orice responsabilitate pentru pacienţii sever deprimaţi cu risc de a se sinucide. Aceia care încearcă să trateze astfel de pacienţi cred adesea că *raţiunea lor de a fi* este negată de dorinţa pacientului de a muri. Suicidul pacientului este, de asemenea, rana narcisică extremă pentru cel care îl tratează. Anxietatea clinicianului în legătură cu suicidul pacientului poate să provină mai mult din frica de a fi blamat de ceilalţi pentru deces, decât din preocuparea pentru binele acelui pacient anume (Hendin, 1982; Hendin et al., 2004). Este ceva obişnuit pentru terapeuţi să aibă un standard pentru ceilalţi şi un altul pentru ei înşişi. Terapeutul care îi asigură pe ceilalţi clinicieni că el sau ea nu este responsabil (a) pentru sinuciderea unui pacient ar putea să se simtă exagerat de responsabil pentru menţinerea în viaţă a propriilor lui pacienţi, adesea cu presupunerea că alţi terapeuţi vor fi critici dacă un pacient va muri.

Terapeuţii care tratează pacienţi sever suicidari ar putea eventual să înceapă să se simtă chinuiţi de negarea

repetată a eforturilor lor. Ura contratransferenţială se dezvoltă cu mare probabilitate în astfel de situaţii şi terapeuţii pot adesea să dezvolte o dorinţă inconştientă ca pacientul să moară, şi astfel chinul să ia sfârşit. Maltsberger şi Buie (1974) observau că sentimentele de răutate şi aversiune sunt printre cele mai comune reacţii contratransferenţiale legate de tratamentul pacienţilor sever suicidari. Această incapacitate de a tolera propriile lor dorinţe sadice faţă de astfel de pacienţi pot să-i facă pe terapeuţi să pună în act sentimentele contratransferenţiale. Autorii avertizează că deşi răutatea poate fi mai inacceptabilă şi mai neconfortabilă, aversiunea este potenţial mai letală, deoarece îi poate face pe clinicieni să-şi neglijeze pacienţii şi să ofere o oportunitate pentru tentativa de suicid. Într-o secţie de spital, această formă de contratransfer se poate manifesta prin simpla „uitare" de a verifica pacientul aşa cum este indicat de fişa de observaţie a pacientului suicidar.

Ura contratransferenţială trebuie să fie acceptată ca parte a experienţei tratamentului pacienţilor suicidari. Ea apare adesea ca reacţie directă la agresiunea pacientului. Ameninţările cu suicidul pot să stea deasupra capului terapeutului ca şi mitica sabie a lui Damocles, terorizându-l şi controlându-l pe terapeut zi şi noapte. În mod similar, membrii familiei pacientului pot să fie chinuiţi de grija că, dacă fac o mişcare greşită sau un comentariu neempatic, vor fi responsabili de un suicid. Dacă ura contratransferenţială este clivată şi negată de către terapeut, atunci aceasta poate fi proiectată pe pacient, care va trebui apoi să se descurce şi cu dorinţele criminale ale terapeutului pe lângă impulsurile sale suicidare preexistente. Clinicienii mai trebuie să se confrunte şi cu sentimentele lor de agresiune prin formaţiunea reacţională, care pot conduce la fantasme salvatoare şi eforturi exagerate de a preveni suicidul. Searles

(1967/1979) îi avertiza pe terapeuţi de pericolele acestui stil defensiv:

Şi pacientul suicidar, care ne găseşte atât de inapţi să fim conştienţi de sentimentele criminale pe care el le întreţine în noi prin ameninţările de suicid producătoare de vinovăţie şi anxietate, se simte din ce în ce mai constrâns, poate într-adevăr până la punctul suicidului, de către terapeutul care, prin formaţiunea reacţională împotriva dorinţelor sale intensificate şi inconştiente de a-l omorî pe pacient, îi dă târcoale tot mai „protector" acestuia din urmă, simţind pentru el o preocupare medicală bazată pe omnipotenţă. Prin urmare, în mod paradoxal, chiar medicul preocupat la modul cel mai anxios *de menţinerea pacientului în viaţă* **este acela care tinde cel mai viguros la un nivel inconştient să-l conducă spre ceea ce a ajuns să pară a fi singurul act de autonomie care i-a mai rămas – şi anume suicidu! (p. 74).**

Psihoterapeuţii care tratează pacienţi suicidari trebuie să-i ajute să cadă la înţelegere cu ideologia lor dominantă (Arieti, 1977) şi cu fantasmele lor rigide de viaţă (Richman şi Eyman, 1990; Smith şi Eyman, 1988). Atunci când există o discrepanţă între realitate şi viziunea îngustată a pacientului despre cum ar trebui să fie viaţa, terapeutul îl poate ajuta pe pacient să facă doliul pierderii fantasmelor sale despre viaţă. Această tehnică poate, în mod paradoxal, să necesite ca terapeutul să confirme lipsa de speranţă a pacientului, astfel ca visele pierdute să fie supuse procesului de doliu şi să poată fi înlocuite de unele noi mai realiste. De exemplu, un bărbat de 23 de ani a devenit suicidar când a realizat că nu va fi niciodată acceptat la Harvard, acesta fiind un vis din copilăria timpurie. Terapeutul i-a confirmat că admiterea sa la

Harvard era foarte improbabilă şi apoi l-a ajutat pe pacient să accepte pierderea acestui vis. În acelaşi timp, l-a ajutat pe pacient să ia în consideraţie căi alternative de educaţie care ar putea să construiască autostima pacientului. Astfel, terapeutul l-a ajutat pe pacient să vadă cât de multă suferinţă este provocată de nişte expectaţii nerealist de înalte (Richman şi Eyman, 1990).

Pentru a trata efectiv pacienţi suicidari, clinicienii trebuie să distingă responsabilitatea pacientului de responsabilitatea terapeutului. Doctorii în general şi psihiatrii în special simt predispuşi caracterologic spre un simţ exagerat de responsabilitate (Gabbard, 1985). Noi avem tendinţa să ne blamăm pe noi înşine pentru evoluţii nefaste care sunt deasupra posibilităţilor noastre de control. În cele din urmă, trebuie să ne reconciliem cu faptul că există boli psihiatrice terminale. Pacienţii trebuie să suporte responsabilitatea pentru decizia dacă vor comite suicidul sau dacă vor lucra în colaborare cu terapeutul pentru a-şi înţelege dorinţa de a muri. Din fericire, marea majoritate a pacienţilor contemplă sinuciderea cu o oarecare ambivalenţă. Acea parte a individului suicidar care pune sub semnul întrebării soluţia suicidară ar putea să-i conducă pe aceşti pacienţi la alegerea vieţii în locul morţii.**9. Tulburările de anxietate**

De regulă, ceea ce e nevăzut tulbură mintea omenească mai grav decât ceea ce se vede.

Iuliu Cezar

Anxietatea (angoasa) este un afect care a jucat un rol esenţial în naşterea psihanalizei şi a psihiatriei psihodinamice. Freud (1895/1962) a inventat termenul de *nevroză anxioasă* şi a identificat două tipuri de anxietate. Una dintre ele consta în senzaţia difuză de frică sau de

ameninţare, care îşi avea originea într-un gând sau o dorinţă refulate şi care era vindecabilă prin intervenţia psihoterapeutică. Cea de-a doua formă de anxietate era caracterizată de o covârşitoare panică însoţită de manifestări somatice, cum ar fi transpiraţiile profuze, creşterea ritmurilor respirator şi cardiac, diareea, dar şi de o senzaţie subiectivă de groază. Această ultimă formă, în viziunea lui Freud, nu avea la origine factori psihologici. Ea a fost conceptualizată mai degrabă ca rezultat al unei acumulări fiziologice libidinale în urma lipsei de activitate sexuală. El a numit această formă *nevroză actuală.*

Pe la 1926, Freud a cizelat şi mai mult definirea anxietăţii prin intermediul recentei sale creaţii, modelul structural (Freud, 1926/ 1959). Anxietatea era văzută acum ca rezultat al conflictului psihic dintre dorinţele sexuale sau agresive inconştiente născute în Se şi ameninţările punitive corespunzătoare venite din Supraeu. Anxietatea era înţeleasă ca un *semnal* al prezenţei pericolului în inconştient. Ca răspuns la acest semnal, Eul mobiliza mecanisme de apărare pentru a preveni pătrunderea în sfera conştientă a unor gânduri şi sentimente inacceptabile. Dacă anxietatea de semnal nu reuşea să activeze în mod adecvat resursele defensive ale Eului, atunci apăreau simptome nevrotice mai intense şi mai persistente, anxioase sau de alt tip. În acest sens, anxietatea a fost conceptualizată de către Freud, atât ca manifestare simptomatică a conflictului nevrotic, cât şi ca semnal adaptativ destinat îndepărtării conflictului nevrotic de sfera conştientă.

În cadrul modelului freudian, anxietatea este un afect al Eului. Eul controlează accesul la conştiinţă şi, prin refulare, se distanţează de orice asociere cu impulsurile instinctuale venite din Se. El cenzurează atât impulsul în sine, cât şi reprezentarea intra-psihică ce îi corespunde. O dorinţă sau un impuls instinctual refulat îşi poate găsi

totuşi exprimarea sub forma simptomului, deşi este foarte probabil să fie deplasat şi deghizat în momentul atingerii expresiei simptomatice. În funcţie de operaţiunile defensive şi de manifestările simptomatice, nevroza rezultantă poate lua forma unui gând obsesional, a paraliziei isterice sau a evitării fobice.

Anxietatea se poate asocia unei frici conştiente şi acceptabile care să mascheze o preocupare mai profundă şi mai puţin acceptabilă. Unii pacienţi pot prezenta anxietate, fără a avea cea mai mică idee de ce sunt anxioşi. Sarcina clinicianului speralizat în psihodinamică este aceea de a înţelege originile inconştiente ale unei asemenea anxietăţi. Freud a emis ipoteza conform căreia fiecare perioadă succesivă de dezvoltare din viaţa unui copil determină apariţia unei frici caracteristice asociate cu faza în sine. Pornind de la descoperirile lui Freud şi de la acelea ale psihanaliştilor care i-au continuat opera, se poate construi o ierarhie de dezvoltare a anxietăţii (tabelul 9 – 1) utilă clinicienilor specializaţi în psihodinamică pentru a determina sursele inconştiente ale anxietăţii simptomatice a pacientului.

La cel mai matur nivel, anxietatea cu origine în Supraeu poate fi înţeleasă sub forma unor sentimente de vinovăţie sau a unor mustrări de conştiinţă legate de incapacitatea de a trăi la un anumit standard intern de comportament moral. În timpul fazei oedipiene, anxietatea se concentrează asupra potenţialei răniri sau pierderi a organelor genitale cauzate de o figură parentală punitivă. Această frică poate fi exprimată metaforic ca pierdere a unei alte părţi a corpului sau ca altă formă de rănire fizică. Dacă ne întoarcem în timp, în ierarhia de dezvoltare, către o anxietate ceva mai timpurie, găsim frica de pierdere a dragostei sau a aprobării cuiva foarte important (la origine, un părinte). O sursă de anxietate încă şi mai primitivă în dezvoltare este posibilitatea pierderii nu

numai a iubirii obiectului, dar şi a obiectului în sine – este ceea ce numim de obicei *anxietate de separare.* Cele mai primitive forme de

Tabel 9 – 1.0 ierarhie de dezvoltare a anxietăţii.

Anxietate de Supraeu Anxietate de castrare Frica pentru pierderea iubirii

Frica pentru pierderea obiectului (anxietate de separare) Anxietate persecutorie Anxietate de dezintegrare

anxietate sunt *anxietatea persecutorie* şi *anxietatea de dezintegrare.* Prima derivă din poziţia kleiniană schizo-paranoidă, în care anxietatea primară este dată de teama că obiecte persecutorii din afară vor invada şi anihila pacientul din interior. Anxietatea de dezintegrare îşi poate avea originea fie în frica de a-şi pierde percepţia de Sine sau a limitelor proprii prin fuziunea cu un obiect, fie în teama că Sinele se va fragmenta şi îşi va pierde integritatea în absenţa oglindirii sau idealizării răspunsurilor de la ceilalţi în mediu.

Când anxietatea face parte din tabloul clinic, psihiatrul specializat în psihodinamică trebuie să obţină cooperarea pacientului pentru identificarea originilor de dezvoltare a anxietăţii. Această informaţie poate fi obţinută printr-un interviu de o oră sau poate necesita o evaluare extensivă. Anxietatea, ca majoritatea simptomelor, este adesea multiplu determinată de probleme care provin din mai multe niveluri de dezvoltare (Gabbard şi Nemiah, 1985).

Organizarea ierarhică a acestor tipuri de anxietate poate duce la presupunerea greşită că nivelurile mai primitive de anxietate sunt „depăşite” pe măsură ce dezvoltarea înaintează. De fapt, nivelurile cele mai

primitive de anxietate persistă la toată lumea şi pot fi uşor declanşate de situaţii traumatizante sau stresante sau în grupuri mari. De exemplu, anxietăţile persecutorii provocate de „outsideri" sau de persoane care sunt diferite au fost, din punct de vedere istoric, factori majori în războaie, în tensiunile politice şi geografice şi în prejudecăţile rasiale. Această ierarhie de dezvoltare este doar un ghid util clinicienilor. Fiecare persoană are un melanj unic de anxietăţi, iar unii pot avea anxietăţi care nu se potrivesc perfect acestor categorii. Clinicianul trebuie să fie creativ în înţelegerea fricilor specifice fiecărui pacient şi a originii acestor frici.

Dovezi empirice fac conexiunea între factorii biologici şi genetici şi generarea anxietăţii. Deşi cercetările în neuroştiinţe asupra tulburărilor de anxietate au făcut progrese impresionante, există totuşi riscul unui fel de reducţionism biologic în înţelegerea anxietăţii. Mecanismele neurofiziologice pot produce o formă de anxietate de semnal, ca şi multe forme patologice de anxietate simptomatică cronică.

Unele cercetări genetice (Lesch et al., 1996) au demonstrat că indivizii care au o versiune ceva mai scurtă a genei implicate în transportul serotoninei pot prezenta o mai mare anxietate asociată cu temperamentul nevrotic decât aceia care au versiunea mai lungă a genei. Gena mai scurtă este mai puţin capabilă să transporte serotonina, comparativ cu gena mai lungă. Indivizii care au una sau două copii ale alelei mai scurte prezintă o activitate neuronală mai crescută în amigdală ca răspuns la stimulii care provoacă teama, decât indivizii care au versiunea mai lungă (Hariri et al., 2002). Aproape 70 din populaţie posedă versiunea mai scurtă şi mai puţin puternică a genei, care este asociată cu un nivel mai crescut al anxietăţii. O interpretare a acestei descoperiri este aceea că o asemenea distribuţie genetică ar putea reflecta

selecţia naturală, în care indivizii care prezintă o anxietate mai mare ar putea fi mai bine înzestraţi pentru a supravieţui pericolelor în mediul lor decât aceia care sunt mai puţin temători sau preocupaţi.

Considerând anxietatea doar o boală, în loc să o vedem şi ca simptom supradeterminat al conflictului inconştient, putem scăpa din vedere aspectul ei adaptativ. Îngrijorarea pentru ce se va întâmpla în viitor poate duce la formarea unei gândiri puternic creatoare. Soluţiile la probleme sunt găsite datorită grijii. Dacă anxietatea este văzută exclusiv ca problemă ce trebuie rezolvată psihofarmacologic, psihicul uman poate suferi o pierdere substanţială.

În Proiectul de cercetare în psihoterapie al Fundaţiei Menninger, 18 pacienţi din 35 au dat dovadă de o mare anxietate la finalul psihanalizei sau psihoterapiei, chiar dacă 13 din aceşti 18 pacienţi, la evaluări independente, fuseseră consideraţi ca prezentând ameliorări substanţiale (Appelbaum, 1977). Analizând aceste rezultate, cercetătorii (Appelbaum, 1977; Siegal şi Rosen, 1962) au diferenţiat anxietatea primară, care este dezorganizantă pentru pacient (analoagă tulburării de panică), de anxietatea de semnal, care poate fi adaptativă. De asemenea, ei au remarcat faptul că o creştere a toleranţei la anxietate – definită drept capacitatea de a trăi anxietatea fără necesitatea de a o descărca – apare adesea ca urmare a psihoterapiei dinamice şi reflectă expansiunea Eului. Mulţi dintre pacienţii cu evoluţie bună au dovedit o capacitate remarcabilă de utilizare a activităţii ideatice în scopul legării anxietăţii. Cercetătorii au ajuns la concluzia că doar simpla prezenţă sau absenţă a anxietăţii după tratament este o bază insuficientă pentru a aprecia schimbarea. S-ar putea ca o mai mare stăpânire a anxietăţii de către Eu să-i permită unei persoane să înfrunte unele preocupări existenţiale inerente într-un mod

mult mai deschis. Anxietatea poate fi adaptativă sau maladaptativă, iar presupunerea că anxietatea de orice fel trebuie eradicată este desigur nejustificată de experienţa clinică şi de viaţă.

Conceptul psihanalitic de anxietate de semnal este susţinut de cercetări recente din aria neuroştiinţei, concentrate asupra unui subgrup de procese mintale inconştiente care au funcţie-semnal de anticipare a pericolului (Wong, 1999). Au fost măsurate activitatea cerebrală (potenţialul legat de producerea unor evenimente) şi activitatea electrodermală a tuturor participanţilor la experiment, pe măsură ce aceştia vizionau imagini subliminale (inconştiente) ale unei feţe umane. A doua fază a experimentului a presupus condiţionarea, în care nişte prezentări supraliminale (conştiente) ale unei feţe umane antipatice erau legate de un şoc neplăcut aplicat unui deget. Deoarece faţa era percepută conştient, subiecţii au învăţat că, la câteva secunde după vederea feţei antipatice, vor simţi un şoc uşor. În ultima fază au fost prezentate imagini subliminale (inconştiente) ale stimulului condiţionat anterior – figura antipatică – fără a fi asociate cu un şoc. În această fază finală au apărut unde lente cerebrale distincte chiar înainte de momentul în care, în a doua fază, era aplicat şocul. În cazul figurii simpatice nu s-a înregistrat niciun fel de reacţie. Cercetătorii au remarcat că această activitate cerebrală cu unde lente era o undă de aşteptare sau un proces de anticipare provocat inconştient. Cu alte cuvinte, chiar dacă participanţii nu au perceput conştient figura antipatică, la nivel inconştient stimulul a fost recepţionat, iar creierul a reacţionat prin expectaţia unui şoc. Această reactivitate fiziologică a fost înţeleasă ca indiciu al existenţei proceselor mintale de tipul expectaţiei. Demonstrarea faptului că o stare mintală anticipatorie poate fi provocată inconştient la oameni este o dovadă

solidă în favoarea conceptului de semnal. Cercetările arată şi că anxietatea de un anumit tip poate fi iniţial inconştientă, răspunzând anticipării unei situaţii de temut, şi că poate intra apoi doar gradual în sfera conştientă. Anxietatea serveşte în acest fel o funcţie adaptativă care avertizează individul asupra unei situaţii periculoase, ce poate fi controlată apoi într-un mod care poate să evite pericolul.

Înainte de a începe prezentarea tulburărilor de anxietate conform DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2000), trebuie menţionată o ultimă problemă. Printre clinicieni şi cercetători a apărut îngrijorarea că taxonomia legată de tulburările de anxietate din DSM-IV-TR este mai degrabă iluzorie decât reală (Tyrer et al., 2003). Studii de comorbiditate asupra tulburărilor de anxietate au demonstrat că pacienţii suferă de obicei de două sau mai multe tipuri de tulburări de anxietate şi mai rar de o formă pură a vreuneia dintre entităţile specifice diagnostice. De aceea, un clinician care dezvoltă un plan cuprinzător de tratament trebuie să aibă mereu în vedere că ţinta tratamentului pot fi mai multe tipuri de tulburări anxioase. Mai mult, Tyrer et al. (2003) au arătat că nucleul unui tablou clinic nevrotic este un amestec de trăsături anxioase şi depresive combinate cu o patologie consistentă de personalitate. Acest tablou nevrotic general poate fi mai relevant din punct de vedere clinic decât împărţirea tulburărilor de anxietate în entităţi mai mici care nu reuşesc să aibă strategii de tratament foarte diferite.

9.1 Tulburarea de panică

Deşi atacurile de panică nu durează decât câteva minute, ele îi produc multă suferinţă pacientului. În afară de trăirea unor simptome fiziologice alarmante, de exemplu senzaţie de sufocare, ameţeală, transpiraţii,

tremur şi tahicardie, pacienţii care suferă de tulburare de panică se simt adesea condamnaţi în mod ameninţător. Cei mai mulţi suferinzi prezintă şi agorafobie (i.e., frica de a se afla într-un loc sau o situaţie din care se poate ieşi cu mare dificultate). Deoarece atacurile de panică sunt recurente, pacienţii dezvoltă adesea o formă secundară de anxietate anticipatorie, făcându-şi griji în permanenţă despre locul şi momentul apariţiei următorului atac. Pacienţii care prezintă tulburare de panică şi agorafobie călătoresc mai puţin pentru a putea controla situaţiile temute, în care ar avea un atac de panică fără a putea părăsi uşor locul respectiv.

Tulburarea de panică poate părea fără conţinut din punct de vedere psihologic. Atacurile pot veni „din senin", fără precipitanţi intra-psihici sau de mediu, Drept urmare, rolul psihiatrului specializat în psihodinamică este considerat adesea – şi din păcate – irelevant în tratarea acestor pacienţi. Un număr semnificativ de pacienţi cu tulburare de panică prezintă asemenea atacuri din cauza unor factori psihodinamici şi de aceea pot să răspundă bine la intervenţiile psihologice (Milrod et al., 1997; Nemiah, 1984). Clinicienii specializaţi în psihodinamică trebuie să cerceteze atent circumstanţele producerii atacurilor şi istoricul fiecărui pacient cu tulburare de panică pentru a putea determina relevanţa factorilor psihologici.

Deşi dovezile existenţei unor factori neurofiziologici implicaţi în tulburarea de panică sunt impresionante, observaţiile sunt mai convingătoare în ceea ce priveşte patogeneza, decât în ceea ce priveşte etiologia acesteia. Niciuna dintre datele neurobiologice nu explică ce anume declanşează un atac de panică. În cadrul unui studiu-pilot care a cuprins interviuri psihodinamice aplicate unui număr de nouă pacienţi cu tulburare de panică, un psihiatru cercetător obiectiv a putut identifica stresorii

semnificativi care precedau declanşarea atacurilor de panică în fiecare caz (Busch et al., 1991). Aceşti stresori păreau să fie asociaţi cu o alterare a nivelului aşteptărilor pacientului. Au fost frecvente schimbări ale aşteptărilor legate de slujbă, ca şi pierderile asociate cu figuri importante din viaţa pacienţilor. Multe dintre situaţiile de pierdere reaminteau experienţe din copilărie, în care relaţia pacientului cu un părinte sau cu o altă persoană importantă era ameninţată. Un alt numitor comun al pacienţilor investigaţi a fost perceperea părinţilor ca ameninţători, temperamentali, critici, dornici să deţină controlul şi exigenţi. O analiză mai amănunţită a interviurilor a demonstrat că există un model de anxietate legat de socializarea cu ceilalţi în timpul copilăriei, de relaţiile parentale nesuportive şi de impresia de a fi prinşi într-o capcană. Cei mai mulţi pacienţi păreau să înfrunte cu dificultate furia şi agresivitatea.

Multe dintre observaţiile acestui studiu explorator au fost confirmate de cercetări empirice. Pacienţii cu tulburare de panică au prezentat o incidenţă mai mare a evenimentelor de viaţă stresante, mai ales pierderi, în lunile care au precedat debutul tulburării, comparativ cu persoanele din lotul de control (Faravelli şi Pallanti, 1989; Venturello et al., 2002). În cadrul altui studiu controlat, efectuat asupra pacienţilor cu tulburare de panică (Roy-Byrne et al., 1986), grupul experimental nu numai că a avut parte de foarte multe evenimente stresante în anul dinaintea debutului afecţiunii, dar a şi suferit mai mult din pricina acestor evenimente decât persoanele din grupul de control. Într-un studiu vast, care a cuprins 1 018 perechi de femei gemene (Kendler et al., 1992 a), tulburarea de panică a fost puternic asociată atât cu separarea, cât şi cu moartea părinţilor. Separarea timpurie de mamă a fost un factor extrem de important. Milrod et al. (2004) au remarcat că în unele cazuri tulburarea de panică poate fi o

urmare a pierderii interpersonale şi reprezintă o formă complicată de prejudiciere psihică. La evaluarea a 51 de pacienţi, 47 dintre ei trăiseră debutul tulburării în intervalul de 6 săptămâni de la o pierdere interpersonală grea.

O teorie patogenică susţinută într-o oarecare măsură empiric afirmă că pacienţii care suferă de tulburare de panică au o vulnerabilitate neurofiziologică predispozantă ce poate interacţiona cu stresorii specifici din mediu, producând astfel boala. Kagan et al. (1988) au identificat la mai mulţi copii o caracteristică temperamentală înnăscută pe care ei au denumit-o „inhibiţie comportamentală la nefamiliar". Aceşti copii se sperie destul de uşor de orice este neobişnuit în mediul ambiant. Pentru a face faţă acestei frici, apelează la părinţi ca să-i protejeze. Totuşi, pe măsură ce cresc şi se maturizează, copiii învaţă că părinţii nu pot fi mereu acolo pentru a-i proteja şi a-i consola. De aceea, îşi pot externaliza propriile deficienţe proiectându-le în părinţii lor, pe care îi vor considera mai apoi imprevizibili şi neserioşi. Îi va înfuria indisponibilitatea adulţilor, însă furia le va crea probleme, pentru că se vor teme că fantasmele lor agresive se vor dovedi distructive şi îşi vor alunga astfel părinţii, singurii de care depind pentru a fi ocrotiţi (Busch et al., 1991; Milrod et al., 1997). Rezultă un cerc vicios, în care furia copilului ameninţă legătura cu părintele şi creşte astfel dependenţa temătoare şi ostilă a copilului.

Înţelegerea patogenezei tulburării de panică din perspectiva teoriei ataşamentului este, de asemenea, utilă în abordarea psihodinamică a tratamentului (Shear, 1996). Un mic studiu preliminar asupra ataşamentului efectuat pe un eşantion de 18 femei cu tulburări de anxietate a arătat că toate prezentau tipuri problematice de ataşament (Manassis et al., 1994). 14 dintre cele 18 paciente au fost diagnosticate cu tulburare de panică şi s-a observat că, în

general, au avut scoruri mai mari pentru tipul de ataşament foarte strâns.

Pacienţii cu tulburare de panică văd adesea separarea şi ataşamentul ca fiind excluse reciproc. Ei au mari dificultăţi în modularea oscilaţiei normale între separare şi ataşament din pricina sensibilităţii crescute faţă de pierderea libertăţii, dar şi a siguranţei şi protecţiei. Această problemă are ca rezultat operativ o gamă comportamentală foarte restrânsă, care încearcă în acelaşi timp să evite separarea care este prea înspăimântătoare şi ataşamentul care este prea intens. Zona restrânsă de confort se manifestă adesea printr-un mod hipercontrolat de interacţiune cu ceilalţi, caracterizat de dificultăţi de mentalizare.

Nivelul extrem al panicii observat la aceşti pacienţi poate evidenţia o carenţă a funcţiei de semnal a anxietăţii în activarea resurselor defensive ale Eului. În special ameninţarea ataşamentului pare să declanşeze o astfel de teamă copleşitoare. Milrod (1998) sugera că persoanele care suferă de tulburare de panică sunt înclinate să trăiască senzaţia de fragmentare şi este posibil să aibă nevoie de un terapeut sau de o altă persoană apropiată care să-i ajute să le dea un sentiment puternic al identităţii. Prezenţa defectelor Eului care implică o confuzie între sine şi ceilalţi pare să fie implicată în apariţia acestor dificultăţi de utilizare a anxietăţii ca semnal.

Alt factor etiologic întâlnit la paciente, care are legătură cu dificultăţile de ataşament, este abuzul fizic şi sexual în copilărie. Într-un studiu s-a găsit o rată a abuzului sexual în copilărie de 45, 1 la femeile cu tulburări de anxietate, comparativ cu 15, 4 în grupul de femei fără tulburări de anxietate (Stein et al., 1996). Examinând doar cazul tulburării de panică, s-a observat că 60 dintre femeile care sufereau de această boală aveau istoric de

abuz sexual, comparativ cu 31 dintre femeile diagnosticate cu alte tulburări de anxietate. Deoarece traumele din copilărie interferează cu ataşamentul copil-părinţi, abuzul sexual poate fi făcut responsabil pentru o seamă de dificultăţi nutrite de pacienţi în a se simţi în siguranţă lângă obiectele semnificative ale vieţii lor. Internalizarea şi reprezentările abuzive ale părinţilor afectează şi ele dezvoltarea încrederii în viaţa adultă.

Demasi (2004) arată că frica traumatică stocată în memoria implicită poate fi declanşată de un stimul condiţionat, asociat cu o situaţie anterioară periculoasă. Acest model integrează descoperiri ale neuroştiinţei şi concepte psihodinamice şi este inspirat de scrierea lui Ledoux (1996), care a notat că memoria inconştientă a fricii, localizată în amigdală, pare să lase urme de neşters în creier. Amigdala este prima arie cerebrală activată la semnalul fricii. Această activare poate fi în întregime inconştientă, iar reacţia de tip lup la/fugă poate apărea înainte ca talamusul să aibă timpul necesar transmiterii informaţiei cortexului, aşa încât gândirea raţională elaborată în cortexul prefrontal să fie aplicată situaţiei. De exemplu, percepţia subliminală a unui şarpe poate activa amigdala, însă cortexul va procesa apoi informaţia mai detaliat şi îşi va da seama că un şarpe mic, inofensiv, nu reprezintă un pericol. Demasi arată că anxietatea copleşitoare a tulburării de panica este ferm localizată în interiorul circuitului amigdală primitivăzsistem limbic şi nu poate fi procesată adecvat de zonele raţiunii din cortex. De aici derivă pericolele imaginare, care îşi au originea de multe ori în traume anterioare, şi care nu pot fi deosebite **de** ameninţările reale.

Studii de caz ale unor pacienţi cu tulburare de panică trataţi cu succes *ţie* prin psihanaliză, fie prin psihoterapie psihodinamică (Abend, L989; Milrod şi Shear, 1991; Milrod et al., 1997; Sifneos, 1972) ne dau motive să credem că

intervenţiile psihodinamice au un rol important în tratamentul acestei afecţiuni. Rezultatele încurajatoare ale unui experiment deschis de psihoterapie psihodinamică centrată pe tulburarea de panică (Milrod et al., 2001) au condus la demararea unui studiu controlat randomizat al modalităţii de tratament care este la ora actuală în curs de desfăşurare.

Pe parcursul terapiei psihodinamice, dificultăţile de relaţionare ale pacientului se concentrează adesea în transferul către terapeut. Cele mai importante conflicte sunt acelea care implică furia, independenţa şi separarea. De obicei, terapeutul are datoria să exploreze frica pacientului de a deveni exagerat de dependent de el pe măsură ce tratamentul avansează. De asemenea, poate apărea o anxietate exagerată faţă de pierderea terapeutului, fie temporar, în cursul vacanţei, fie permanent, prin terminarea curei.

În multe cazuri, fantasme de mânie incontrolabilă sau chiar de furie ucigaşă pot constitui nucleul terapiei. Este posibil ca mânia parentală să fi fost atât de intensă, încât orice izbucnire să fie văzută ca potenţial distructivă. Examinarea mecanismelor de apărare specifice menite să evite pericolul este, de cele mai multe ori, extrem de utilă. Pacienţii cu tulburare de panică folosesc de obicei orice combinaţie a următoarelor apărări: formaţiune reacţională, anulare retroactivă, somatizare şi externalizare (Busch et al., 1995). Atât anularea retroactivă, cât şi formaţiunea reacţională pot ajuta pacientul să-şi nege afectele negative, cum este mânia. Ar putea fi nevoie ca psihoterapeuţii să îşi ajute pacienţii să îşi conştientizeze anxietatea faţă de exprimarea furiei şi nevoia asociată de a se apăra de ea. În plus, psihoterapeutul specializat în psihodinamică trebuie să iiisiste ca pacientul să treacă peste detaliile a ceea ce a declanşat atacul de panică şi să înceapă să facă legătura între anxietăţile privitoare la

catastrofe şi evenimentele din viaţa lui. În acest fel, capacitatea de mentalizare a pacientului se va dezvolta până la a putea înţelege că un atac de panică este reprezentarea a ceva. Cu alte cuvinte, perceperea unei catastrofe reale este mai degrabă o reprezentare decât o realitate.

Celelalte apărări, somatizarea şi externalizarea, acţionează adesea sinergie pentru a preveni reflectarea internă. În somatizare, atenţia pacientului este concentrată mai mult pe fenomenele fiziologice, şi mai puţin pe cauzele sau semnificaţiile psihologice ale acestora. În externalizare, problemele sunt atribuite altor persoane, care simt percepute ca răuvoitoare faţă de pacient. Combinate, aceste apărări pot crea o formă specifică de relaţie de obiect în care ceilalţi (de ex., familia, prietenii, medicii) simt văzuţi ca tămăduitori care trebuie să repare ceva din corpul pacientului. Acest tip de legătură cu obiectul poate avea adesea un rol important şi în transfer.

Pacienţii cu tulburare de panică au nevoie, de obicei, de o combinaţie de terapie medicamentoasă şi de psihoterapie. Pacienţii cu atacuri de panică şi agorafobie, chiar controlaţi simptomatic prin medicamente, refuză adesea să se aventureze din nou în lume şi pot avea nevoie de intervenţii psihoterapeutice pentru a-şi învinge această frică (Cooper, 1985; Zitrin et al., 1978). Există cel puţin un studiu care susţine ca eficientă în reducerea recăderilor combinarea terapiei dinamice şi a medicaţiei la pacienţii cu tulburare de panică. Pacienţii din studiul lui Wiborg şi Dahl (1996) au fost trataţi timp de 9 luni fie doar cu clomipramină, fie cu clomipramină asociată cu 15 şedinţe săptămânale de terapie dinamică scurtă. Deşi toţi pacienţii din ambele grupuri nu mai prezentau atacuri de panică după 20 de săptămâni de tratament, cei din grupul care primise doar clomipramină au avut o rată mai mare a

recăderilor după întreruperea tratamentului medicamentos. Cercetătorii arată că terapia dinamică de scurtă durată poate fi utilă în reducerea vulnerabilităţii psihosociale asociate cu tulburarea de panică.

Unii pacienţi au o mare rezistenţă la tratamentul medicamentos, de multe ori pentru că se gândesc că îi stigmatizează ca bolnavi psihic, de aceea intervenţia psihoterapeutică este necesară pentru a-i ajuta să înţeleagă şi să-şi depăşească rezervele legate de farmacoterapie. Alţii îşi administrează discontinuu tratamentul, nefiind capabili să suporte efectele secundare, în sfârşit, pacienţii cu caracter mai dificil dau dovadă de o complianţă mai scăzută. Prezenţa tulburărilor de personalitate mai ales a celor de Grupa B (i.e., antisocială, borderline, narcisică, histrionică) s-a arătat defavorabilă tratamentului pacienţilor cu tulburare de panică (Reich, 1988). Pentru realizarea unui plan de tratament cuprinzător şi eficient, aceşti pacienţi trebuie să urmeze cure psihoterapeutice pe lângă cele medicamentoase adecvate. În cazul tuturor pacienţilor cu tulburare de panică şi agorafobie, o evaluare psihodinamică atentă va aprecia ponderea factorilor biologici şi psihodinamici.

Dl L, un funcţionar în vârstă de 27 de ani, s-a prezentat la policlinică acuzând atacuri de panică ce apăreau ori de câte ori încerca să plece în afara oraşului. Iniţial, pacientul nu reuşise să vadă vreo legătură între atacurile de panică şi orice conţinut y psihologic, însă examinarea amănunţită realizată de psihiatru a descoperit existenţa unor factori favorizanţi. Dl L tocmai cumpărase o casă nouă, iar soţia lui era însărcinată cu primul copil. În momentul în care psihiatrul a comentat responsabilităţile mari aduse de aceste evenimente, pacientul a răspuns că

se simte mai degrabă ca un copil de 7 ani decât ca un adult de 27. A continuat, spunând că nu crede că este pregătit să suporte responsabilităţile de tată şi de soţ care plăteşte ipoteca unei case. Medicul i-a cerut domnului L să descrie mai amănunţit circumstanţele atacurilor de panică. Acesta i-a spus că apar atunci când încearcă să plece din oraş. Întrebat care este scopul acestor drumuri, pacientul a răspuns că merge să vâneze împreună cu tatăl său. Psihiatrul a mai vrut să ştie dacă în cursul acestor excursii s-a întâmplat ceva neplăcut. După un timp de gândire, dl L şi-a amintit că şi-a împuşcat accidental tatăl în două rânduri, deşi, din fericire, acesta a suferit de fiecare dată doar răni uşoare.

Psihiatrul a încercat apoi să formuleze o explicaţie a tulburării de panică a domnului L, care, după evaluarea lui, era legată de un conflict psihologic. Evenimentele recente trăite de acesta Q aduseseră într-o competiţie şi mai strânsă, în calitate de soţ, tată şi cap de familie, şi activaseră dorinţe agresive latente şi vechi îndreptate împotriva tatălui, generate de rivalitatea oedipiană refulată şi inconştientă. Impulsul de a-şi distruge tatăl s-a concretizat prin cele două accidente de vânătoare. De aceea, oricând dl L intenţiona să meargă la vânătoare cu tatăl său, iminenţa izbucnirii impulsurilor agresive crea anxietatea de semnal care se transforma în atacuri violente de panică, deoarece acest pacient avea substratul nervos necesar convertirii anxietăţii în panică. Rezultatul a fost evitarea situaţiilor în care dorinţele distructive şi castrarea imaginară ar fi putut fi activate.

Pentru a înţelege factorii dinamici implicaţi în

declanşarea panicii, pacientul a urmat o psihoterapie expresiv-suportivă, în cursul acesteia, dl la început să vorbească din ce în ce mai des despre ataşamentul lui faţă de mamă. Şi-a amintit destul de repede că mama sa avea o teamă extremă de separare. În copilărie, de fiecare dată când dl L ieşea afară din casă, mama îi purta de grijă, fiindu-i frică de pericolele care l-ar fi putut pândi acolo. Prin intermediul psihoterapiei, pacientul a înţeles că împărtăşea anxietăţile de separare ale mamei. A remarcat faptul că, de câte ori soţia lui era plecată la slujbă, el se temea ca nu cumva să moară şi astfel să-l abandoneze. Anxietăţile oedipiene ale pacientului erau în mod evident compuse din unele mai primitive, de pierdere a obiectului, obiect reprezentat la început de mamă, iar acum, de soţie.

După aproximativ 2 ani de psihoterapie, dl L nu mai avea nici atacuri de panică, nici anxietate anticipatorie. Fusese promovat la serviciu şi putea face faţă noii poziţii pe care o avea fără anxietate. Noua slujbă presupunea deplasări în afara oraşului aproape în fiecare zi lucrătoare, pe care pacientul le îndeplinea fără a mai trăi stări de panică.

Câţiva ani mai târziu, dl L s-a întors pentru un nou tratament, după ce două evenimente de viaţă îi reactivaseră structura nervoasă subiacentă care-i media atacurile de panică. O afacere pe care o pornise avusese un succes enorm, permiţându-i un stil de viaţă mult mai îmbelşugat. În afară de aceasta, tatăl lui fusese diagnosticat cu o formă incurabilă de cancer. De această dată, a fost necesară o combinaţie de medicamente (alprazolam) şi psihoterapie pentru a aduce atacurile de panică ale

pacientului la dimensiuni controlabile.

9.2 Fobiile

Tulburările de anxietate alcătuiesc grupul cel mai frecvent întâlnit în peisajul tulburărilor mintale (Regier et al., 1988), cele mai comune tulburări de anxietate fiind fobiile. Ele se împart în trei categorii, conform DSM-IV-TR: 1) agorafobie fără istoric de tulburare de panică, 2) fobii specifice şi 3) fobie socială. Termenul de *fobii simple* din DSM-III-I (American Psychiatric Association, 1987) a fost înlocuit cu cel de *fobii specifice* în DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994) din pricina relaţiilor ambigue dintre simptomele fobice şi atacurile de panică şi datorită faptului că un subtip, care implică un stimul fobie (de ex., tipul situaţional, tipul mediului natural), părea să crească specificitatea. De asemenea, o schemă implicând subtipuri a fost dezvoltată în DSM-IV pentru fobia socială, pentru că literatura din ce în ce mai abundentă care descria afecţiunea indica faptul că fobia socială poate fi generalizată sau limitată.

Înţelegerea psihodinamică a fobiilor ilustrează mecanismul nevrotic al formării simptomelor descrise la începutul acestui capitol. Când gândurile interzise cu conţinut sexual sau agresiv, care pot fi aspru pedepsite, ameninţă să iasă din inconştient, anxietatea de semnal este activată, ceea ce duce la dezvoltarea a trei mecanisme de apărare: deplasare, proiecţie şi evitare (Nemiah, 1981). Aceste apărări elimină anxietatea prin refularea dorinţei interzise, însă anxietatea este controlată cu preţul creării unei nevroze fobice. Un exemplu clinic va ilustra într-un mod mai elaborat formarea simptomelor fobice.

DI M, un tânăr funcţionar de 25 de ani, tocmai îşi terminase studiile de master în administrarea

afacerilor şi ocupase prima lui poziţie într-o corporaţie. Dezvoltase o fobie socială care se manifesta printr-o teamă intensă de a întâlni persoane noi la munca sau în situaţii sociale. De asemenea, trăia o mare anxietate în momentele în care era obligat să vorbească în faţa unui grup la locul de muncă. Atunci când se afla în aceste situaţii, respira greu şi începea să se bâlbâie, devenind ininteligibil.

Domnului M i-a fost recomandată o terapie psihodinamică de scurtă durată, din cauza considerabilelor tării ale Eului, a naturii focalizate a simptomelor sale şi a puternicei sale înclinaţii spre autoreflecţie. În cursul celei de-a treia şedinţe, pacientul i-a explicat terapeutului că, în situaţiile în care întâlnea persoane noi, cel mai rău se simţea atunci când trebuia să se prezinte. A avut loc următorul dialog:

Terapeutul: Ce este atât de greu în a vă spune numele?

DI M: N-am nici cea mai vagă idee.

Terapeutul: Dacă vă gândiţi puţin la numele dumneavoastră, ce vă vine în minte?

DI M (*după o pauză***): Păi, este şi numele tatălui meu.**

Terapeutul: Ce simţiţi în legătură cu acest lucru?

DI M: Ceva nu îmi convine, cred.

Terapeutul: De ce?

DI M: Ei bine, nu am o relaţie prea bună cu el. De când a părăsit-o pe mama, aveam 4 ani atunci, l-am văzut foarte puţin.

Terapeutul: Aţi locuit deci singur cu mama după ce a plecat?

DI M: Exact. Mama nu s-a recăsătorit, aşa că a trebuit să fiu bărbatul în casă de la o vârstă mică, iar eu mă simţeam incapabil să-mi asum asemenea responsabilităţi. De fapt, tot timpul m-am simţit aşa. Când eram copil, toată lumea spunea că am un comportament de adult, ceea ce mă deranja, pentru că simţeam că mă prefac doar că sunt adult, rămânând un copil pe dinăuntru. Aveam impresia că îi păcăleam pe toţi cei din jur şi că, dacă ei ar fi aflat adevărul, s-ar fi supărat pe mine.

Terapeutul: Mă întreb dacă nu cumva simţiţi la fel acum, când vă prezentaţi.

DI M: Cred că aşa simt. A-mi spune numele este ca şi cum aş încerca să fiu tatăl meu.

Interpretarea terapeutului l-a ajutat pe dl M să-şi dea seama că anxietatea sa avea legătură cu vina şi ruşinea de a fi luat prematur locul tatălui. Pacientul îşi imagina că ceilalţi ar putea să-şi dea seama de înşelătorie şi l-ar fi condamnat. După zece şedinţe de terapie dinamică de scurtă durată, dl M şi-a depăşit fobia sociala şi a fost capabil să se simtă bine şi la muncă, şi în alte situaţii sociale.

În plină fază oedipiană a dezvoltării, dl M a fost părăsit de tată şi lăsat singur cu mama. În această situaţie anxiogenă, el s-a temut să nu fie castrat sau pedepsit (de tată) pentru că a luat locul acestuia. În viaţa adultă, dl M a încercat să-şi controleze anxietatea, deplasând situaţia anxiogenă originală spre una derivativă insignifiantă şi aparent obişnuită, cu alte cuvinte, spre dificultatea de a-şi spune numele în momentul prezentării. Simbolic, această simplă politeţe socială avea valoarea înlocuirii tatălui. Următoarea manevră defensivă a pacientului a fost proiectarea situaţiei temute în mediul înconjurător, aşa încât pedeapsa sau condamnarea să vină mai degrabă din surse externe decât din surse interne (de ex., Supraeul). Al treilea şi ultimul mecanism de apărare al pacientului a fost evitarea. Prin evitarea tuturor situaţiilor în care trebuia să se prezinte sau să vorbească în faţa altora, dl M putea să menţină controlul asupra anxietăţii cu preţul limitării vieţii sociale şi periclitării randamentului ia locul de muncă.

Anxietatea pe care o încerca dl M când trebuia să vorbească în faţa altora este destul de răspândită, într-un studiu (Pollard şi Henderson, 1988) s-a demonstrat că 20 dintre indivizii intervievaţi în oraşul St. Louis prezentau fobie socială focalizată pe vorbitul sau expunerea în public. Atunci când autorii studiului au modificat graficul incluzând criteriile de „disconfort semnificativ" DSM-III (American Psychiatric Association, 1980), rata prevalenţei a scăzut la 2. Procentele exacte ale incidenţei fobiei sociale simt totuşi dificil de stabilit, deoarece diagnosticul este aplicat adesea unor modele generale interpersonale de timiditate şi evitare a sexului opus din cauza fricii de respingere. Problemele pot merge de la fobie socială până la un stil generalizat caracterologic de relaţionare, numit tulburare de personalitate evitantă (v. Capitolul 19).

Fobiile se potrivesc bine unui model de diateză

genetic-constituţională în interacţiune cu stresori din mediu. Kendler et al. (1992 b) au studiat 2163 de femei gemene, opinând că cel mai bun model descriptiv pentru fobie este o predispoziţie moştenită, care necesită factori etiologici de mediu pentru a produce un sindrom fobie manifest. În populaţia studiată, unul dintre factorii de mediu stresori asociaţi cu un risc mare de dezvoltare a fobiei a fost moartea unuia dintre părinţi înainte ca subiecţii să împlinească vârsta de 17 ani (Kendler et al., 1992 a). Comportamentul parental a fost şi el asociat cu fobia socială la tineri. Lieb et al. (2000) au urmărit un eşantion de 1 047 de adolescenţi şi au identificat existenţa stilurilor parentale hiperprotectiv şi rejectant, alături de psihopatologia părinţilor (mai ales depresia şi fobia socială), ca factori extrem de importanţi în apariţia fobiei sociale la tinerii aflaţi în studiu.

Datele furnizate de studiile de tomografie prin emisie de pozitroni (PET) sugerează că pacienţii cu fobie socială, ca şi cei suferinzi de tulburare de panică, pot avea o componentă puternică a activităţii corticale la baza fricii. Tillfors et al. (2001) au comparat fluxul sangvin cerebral regional (FSER) al subiecţilor cu fobie socială cu FSER al unui grup ai cărui membri vorbeau în faţa unei audienţe, dar care sufereau de fobie socială. Pacienţii cu fobie socială au prezentat un profil FSER asociat cu activitate subcorticală crescută în complexul amigdalian, în timp ce subiecţii nonfobici au prezentat un model de perfuzie corticală relativ crescută.

Lucrarea lui Kagan et al. (1988) despre inhibiţiile comportamentale pare să fie aplicabilă fobiei sociale în aceeaşi măsură ca şi tulburării de panică. Deşi Kagan şi colegii lui au descoperit că la copiii mici cu acest tip de temperament există un prag congenital scăzut al irigării limbico-hipotalamice ca răspuns la schimbări neaşteptate ale mediului ambiant, au admis totuşi că un anumit tip de

stres cronic de mediu trebuie să acţioneze asupra dispoziţiei temperamentale de origine pentru a se obţine un comportament ruşinos, timid şi liniştit la vârsta de doi ani. Ei au avansat ideea că stresorii precum umilinţa şi criticile aduse de adulţi, certurile părinţilor şi moartea unui părinte sau separarea sunt probabil cei mai importanţi factori de mediu predispozanţi.

Rosenbaum et al. (1992) au continuat munca lui Kagan şi a colaboratorilor săi (1988) prin evaluarea părinţilor copiilor cu inhibiţii comportamentale admişi de Kagan într-un studiu de cohortă nonclinic. Părinţii acestor copii prezentau riscuri majore de a dezvolta tulburări de anxietate, în special fobie socială. Părinţii copiilor cu inhibiţii comportamentale şi anxietate au avut rate semnificativ mai mari pentru două sau mai multe tulburări de anxietate, comparativ cu două seturi diferite de părinţi din grupul de control. O posibilă interpretare a rezultatelor este că acei copii cu inhibiţie comportamentală care dezvoltă mai târziu tulburări de anxietate sunt expuşi unor părinţi cu anxietăţi mai mari care le pot induce convingerea că lumea este un loc periculos. Mai mult, emoţiile puternic exprimate şi mai ales atitudinea maternă critică par să medieze relaţia dintre tulburarea de anxietate a mamei şi inhibiţia comportamentală a copilului, cu risc psihopatologic (Hirshfeld et al., 1997).

Fobia socială este o afecţiune cu o rată mare a comorbidităţii. Într-un studiu efectuat pe un număr de 13.000 de adulţi (Schneier et al., 1992), afecţiunile cronice comorbide majore au fost identificate la 69 dintre pacienţii cu fobie socială. Cercetătorii au tras concluzia că, în absenţa comorbidităţii, fobia socială este rareori tratată de specialiştii în sănătatea mintală. Se poate presupune că diateza genetic-constituţională descrisă de Kagan et al. (1988), Rosenbaum et al. (1992) predispune la mai multe tulburări de anxietate.

Activitatea clinică cu pacienţii socâofobi arată că sunt prezente, în cazul acestora, anumite relaţii de obiect intern caracteristice. Mai precis, aceşti pacienţi au internalizat reprezentări ale părinţilor, îngrijitorilor şi ale altor adulţi care i-au criticat, ridiculizat, umilit, abandonat şi stânjenit (Gabbard, 1992). Aceste introiecţii se realizează la o vârstă fragedă şi se proiectează apoi în mod repetat asupra persoanelor din jur, care sunt de atunci încolo evitate. Deşi aceste persoane pot avea o predispoziţie genetică pentru a-i percepe pe cei din jur ca nocivi, experienţele pozitive pot atenua până la un punct efectele neplăcute. Se crede chiar că de la naştere ar fi prezent un şablon programat genetic. În măsura în care cei care îngrijesc copilul se comportă conform şablonului, acesta se va teme din ce în ce mai mult de oameni şi va dezvolta fobie socială. În măsura în care cei care îngrijesc copilul sunt sensibili la fricile acestuia şi le calmează, introiecţiile vor fi mai blânde, mai puţin ameninţătoare şi va fi mai puţin probabil să apară în viaţa adultă sindromul fobiei sociale.

Deşi mulţi pacienţi cu fobie socială răspund bine la tratamentul cu inhibitori selectivi de recaptare a serotoninei (ISRS) şi/sau la terapia cognitic-comportamentală, terapia dinamică le poate fi la fel de utilă. Unii pacienţi au o rezistenţă deosebită la tratament pentru că se tem de orice situaţie în care ar putea fi judecaţi sau criticaţi. Cadrul terapeutic fiind văzut în acest fel, o frică transferenţială de a fi umilit sau judecat îi poate face pe pacienţi să lipsească frecvent de la şedinţe sau să întrerupă terapia. De fapt, din cauza ratei mari a comorbidităţilor, fobia socială poate fi descoperită uneori doar atunci când pacientul se adresează pentru o altă problemă. Jena şi ruşinea sunt stările afective cele mai importante, iar terapeutul care merge pe lungimea de undă a acestor afecte are o şansă mai mare de a forma

chiar de la început o alianţă terapeutică cu pacientul. Explorarea fantasmelor pacienţilor despre cum terapeutul şi alte persoane vor reacţiona în faţa lor îi va ajuta să înţeleagă că percepţiile lor despre ceea ce cred alţii despre ei pot fi diferite de ceea ce cred ceilalţi cu adevărat. Rezistenţa la tratament trebuie abordată cu fermitate, deoarece, în absenţa acestui tratament, pacienţii evită adesea să meargă la şcoală sau la serviciu şi mulţi ajung să depindă de ajutoarele sociale sau de invaliditate (Schneier et al., 1992). Fobiile specifice răspund bine, în general, la expunerea *in vivo* şi nu necesită tratament psihodinamic.

Ramificarea interpersonală a fobiilor poate beneficia şi ea de o abordare psihodinamică. În virtutea faptului că sunt legaţi de locuinţa proprie, indivizii sever agorafobiei depind adesea de îngrijirile unei persoane apropiate, soţ/soţie sau părinte. De exemplu, se întâmplă ca soţul unei femei agorafobice să se acomodeze, în timp, cu problema soţiei sale. Soţul s-ar putea simţi chiar mai liniştit să îşi ştie consoarta mereu acasă. Dacă se tratează agorafobia, echilibrul cuplului se poate destabiliza. Soţul s-ar putea teme că soţia lui ar întâlni alţi bărbaţi, dacă începe să iasă din casă. Tratamentul adecvat al fobiilor trebuie să cuprindă o evaluare atentă a modului în care acestea se integrează în trama relaţională a pacientului. O înţelegere psihodinamică a contextului personal al fobiilor ar fi deci extrem de importantă pentru învingerea rezistenţelor la tratamentele convenţionale precum desensibilizarea comportamentală şi medicaţia.

9.3 Tulburarea obsesiv-compulsivă

Obsesiile sunt definite ca gânduri egodistonice recurente, în timp ce *compulsiile* sunt acţiuni ritualizate care *trebuie* îndeplinite pentru a diminua anxietatea. Acuzele acestor pacienţi se împart în cinci categorii

principale: 1) ritualuri care implică o verificare, 2) ritualuri care implică o curăţire, 3) gânduri obsesive neacompaniate de compulsii, 4) lentoare obsesională şi 5) ritualuri mixte (Baer şi Jenike, 1986). Pacienţii care prezintă ritualuri de curăţare sau gânduri obsesionale despre microbi şi contaminare seamănă izbitor cu pacienţii fobiei. Cercetări recente sugerează că tulburarea obsesiv-compulsivă (TOC) este mult mai frecventă decât se credea înainte (Karno et al., 1988). Prevalenţa pe durata întregii vieţi este între 1, 2 şi 2, 4, cifre care de multe ori se dovedesc mai mari decât cele estimate. TOC este complicată adesea prin depresii şi prin deteriorarea severă a funcţionării sociale şi ocupaţionale, de aceea membrii familiilor şi colegii pacienţilor pot fi şi ei semnificativ afectaţi de boală.

S-au descoperit factori genetici şi neurologici implicaţi în apariţia bolii. Printre aceştia se numără o rata mai mare a concordanţei pentru TOC la gemenii monozigoţi decât la cei dizigoţi (Jenike, 2004) şi o prevalenţă crescută la pacienţii cu sindromul Tourette şi la familiile lor, ca şi un răspuns consistent al unor pacienţi la psihochirurgie (Elkins et al., 1980; Lieberman, 1984; Turner et al., 1985). Un alt studiu a comparat **41** de pacienţi cu TOC fără tratament medicamentos cu 29 de subiecţi nepsihiatrici, grup de control, dându-li-se sarcini care implicau coordonarea fină a mişcărilor, mişcări involuntare şi solicitau funcţiile senzorială şi vizuospaţială (Hollander et al., 1990). Grupul TOC a prezentat semnificativ mai multe semne de disfuncţie a sistemului nervos central decât grupul de control, aducând astfel noi dovezi teoriei existenţei unui deficit neurologic la unii pacienţi obsesiv-compulsivi. Un studiu ulterior a demonstrat că deficitele neuropsihologice observate la pacienţii cu TOC nu au fost identificate la pacienţii cu tulburare de panică sau cu depresie unipolară (Purceii et al., 1998). În sfârşit, pacienţii obsesiv-compulsivi studiaţi

se pare că au mult mai puţină materie albă, dar volume totale corticale şi operculare semnificativ mai mari decât subiecţii sănătoşi din grupul de control (Jenike et al., 1996).

Literatura centrată pe rezultatele tratamentului sugerează şi ea existenţa unei componente biologice. Medicamentele precum clomipramina şi fluvoxamina se pare că au fost eficiente în cazul unor pacienţi obsesiv-compulsivi (Jenike et al., 1986; Perse, 1988, White şi Cole, 1988). De asemenea, simptomele pacienţilor cu TOC sunt renumite pentru rezistenţa la psihanaliză şi la psihoterapia centrată pe insight (Jenike et al., 1986; Nemiah, 1988; Perse, 1988; Zetzel, 1970). (Tulburarea de personalitate obsesiv-compulsivă pare să răspundă bine la aceste tratamente, aşa cum se va vedea în Capitolul 19.) Totuşi reacţia farmacologică nu oferă răspunsuri exhaustive la întrebările legate de etiologie sau de patogeneză (Zetin şi Kramer, 1992). Schimbările în reţeaua de neurotransmiţători asociate cu medicaţia pot aduce informaţii directe sau indirecte asupra cauzei primare a bolii. Mai mult, ca şi tulburarea de panică, TOC poate fi precipitată de stresori din mediu. Într-un studiu (Buttolph şi Holland, 1990), 69 dintre pacienţii cu TOC au putut asocia debutul sau exacerbarea simptomatologiei cu sarcina, naşterea unui copil sau cu îngrijirea parentală a copiilor. În alt studiu efectuat asupra a 106 paciente femei cu TOC (Neziroglu et al., 1992), sarcina – mai mult decât oricare alt eveniment de viaţă – a fost asociată cu debutul bolii. 39 dintre pacientele din grupul de studiu care aveau copii au trăit debutul simptomatologiei în timpul sarcinii. În plus, patru femei din cinci incluse în studiu care aveau în antecedente un avort spontan sau provocat au relatat debutul sau accentuarea simptomatologiei obsesiv-compulsive în timpul sarcinii. Faptul că intensitatea simptomelor creşte şi scade în funcţie de prezenţa sau

absenţa stresului în vieţile pacienţilor este bine cunoscut Poate apărea o îmbunătăţire a stării psihice atunci când tensiunea scade, în timp ce creşterea stresului sau înrăutăţirea situaţiei precipitante originare va exacerba simptomele (Black, 1974).

Deşi cei mai mulţi clinicieni sunt de acord că farmacoterapia este o parte esenţială a planului complet de tratament pentru pacienţii cu TOC, medicamentele de tipul clomipraminei nu trebuie privite ca tratament unic. Grupul de Studiu în Colaborare al Clomipraminei (1991) a examinat 520 de pacienţi cu TOC în 21 de centre şi a observat că reducerea masivă a simptomatologiei după 10 săptămâni de tratament cu clomipramină a avut loc doar în 38 – 44 din cazuri. Studii placebo-controlate cu fluoxetină, fluvoxamină, sertralină şi paroxetină, efectuate în mai multe centre, au demonstrat că toţi aceşti ISRS sunt mai eficienţi decât placebo (Greist şi Jefferson, 1995). Şi totuşi în aceste studii nu s-a obţinut decât o ameliorare incompletă, de aceea combinarea ISRS cu terapia cognitiv-comportamentală este considerată de elecţie, în cele mai multe situaţii. Acum, cei mai mulţi specialişti recomandă de asemenea utilizarea terapiei cognitive pentru pregătirea pacientului în vederea tratamentelor de expunere, prin provocarea gândurilor maladaptative (Clark, 2004; Jenike, 2004).

Strategiile psihodinamice pot fi extrem de utile în mai multe situaţii. Mulţi pacienţi obsesiv-compulsivi par să se agaţe de simptomele lor, rezistând cu îndârjire la tratament. Simptomele însele pot ţine la distanţă dezintegrarea psihotică, în unele cazuri, jucând rolul unei funcţii extrem de utile, în termeni de homeostază psihologică. Deoarece simptomele TOC pot acompania orice nivel de organizare subiacentă a Eului sau a personalităţii (Comfield şi Malen, 1978), o evaluare psihodinamică atentă trebuie să se concentreze şi asupra

funcţiei simptomelor în Structura globală intra-psihică a pacientului. În ciuda naturii refractare a multor simptome obsesiv-compulsive, terapia psihodinamică poate îmbunătăţi considerabil funcţionarea interpersonală a pacienţilor cu TOC. Abordările psihodinamice pot ajuta, de asemenea, pacienţii să îşi depăşească rezistenţele legate de tratamentul medicamentos, aşa cum se arată în următorul caz:

DI N era un tânăr de 29 de ani, necăsătorit, care suferea de TOC. Când s-a prezentat pentru internare la clinica de psihiatrie, a relatat un istoric simptomatologie de 10 ani, ultimii 8 fiind petrecuţi aproape numai în casă din cauza unor gânduri incapacitante, „groteşti, oribile", neîncetate. Cu 8 ani înaintea internării, când dl N s-a închis în casă, mama lui s-a pensionat şi l-a putut îngriji, satisfăcându-i şi pretenţiile legate de curăţenie. Viaţa mamei gravita în jurul fiului.

DI N era obsedat de nevoia de a evita contaminarea. Se temea, de asemenea, să nu lase femeile însărcinate, pentru că îi era frică să nu aibă spermă pe mâini. Consecutiv, a căpătat compulsia spălării mâinilor. Insista ca mama lui să rămână în

preajma lui 24 de ore din 24. Deşi aceasta nu dormea şi nici nu făcea duş împreună 01 el, îl ajuta să se îmbrace, aşa încât să nu îşi atingă hainele şi să se contamineze. DI N îi mai cerea mamei sale îndeplinirea unui ritual de 58 de paşi în timp ce îi pregătea mâncarea şi i-o aşeza pe masă. Dacă nu îndeplinea cu exactitate ritualul, mama trebuia să arunce toată mâncarea şi să pregătească alta. Ea arunca anual echivalentul a mii de dolari în alimente

pentru a-i face pe plac. Pacientul a cerut la un moment dat ca tatăl său să se mute sau să locuiască în altă aripă a casei, pentru că se temea că va fi infectat cu germenii aduşi de acesta de la lucru.

Dezvoltarea domnului N în prima copilărie nu părea să fi fost marcată de ceva deosebit, însă pacientul şi-a amintit un eveniment neplăcut care avusese loc în jurul vârstei de 5 ani. Şi-a revăzut tatăl apucând-o pe mama lui de sâni, în timp ce aceasta îşi chema copilul în ajutor. A încercat să-şi oprească tatăl, însă acesta s-a dovedit mai puternic. Şi-a amintit că s-a simţit îngrozitor şi a plâns pentru că nu a putut să-şi salveze mama.

Deşi dl N fusese văzut de mulţi psihiatri, întotdeauna refuzase să se întoarcă la spital după prima vizită. La un moment dat, a fost de acord să ia clomipramină, dar a întrerupt-o după prima doză din cauza efectelor secundare. Funcţionarea lui a devenit din ce în ce mai dificilă, iar părinţii au luat decizia de a-l interna în spital. Acolo, medicul l-a întrebat de ce dorea tratament. A răspuns: „Sunt hotărât să fiu dependent – vreau să spun independent”. Medicul a comentat faptul că pacientul spusese mai întâi „dependent” şi a întrebat: „Există cumva o parte a dumneavoastră care doreşte să fiţi dependent?”. DI N a răspuns: „Vreţi să spuneţi mama mea?”. Medicul i-a spus că, desigur, el ştie mai bine decât doctorul acest lucru. Pacientul s-a gândit puţin şi a spus: „Păi, are grijă de mine destul de bine”.

Actul ratat al domnului N a adus puţină lumină asupra motivaţiilor inconştiente de a rezista la tratament. Orice fel de tratament eficient i-ar fi

ameninţat relaţia de dependenţă pe care o avea cu mama lui. Dacă tratamentul cu clomipramină este eficient, atunci trebuie evitat. De asemenea, respingea orice tentative de tratament spitalicesc sau ambulatoriu.

După aproximativ o săptămână de spitalizare, dl N a contrazis toate aşteptările personalului. A început să facă progrese remarcabile. Putea să atingă mânerele uşilor fără teama că se va contamina, putea citi reviste atinse de alte persoane şi petrecea mai puţin timp spălându-se pe mâini. Toate aceste schimbări s-au petrecut în absenţa tratamentului medicamentos. Pacientul afirma că se simte „mult mai puţin nervos" în spital decât s-ar fi aşteptat. După ce a explorat modul în care cadrul spitalicesc putea să-i fi redus anxietatea, a devenit evident faptul că era din ce în ce mai îngrijorat de dorinţele sexuale nutrite faţă de mama lui. Spunea că, atunci când mama îl îmbrăca, simţea că „era ceva sexual în asta". Îndepărtarea pacientului de căminul atât de încărcat emoţional, care îl ţinea prizonier, a făcut ca dorinţele sexuale faţă de mamă să devină mai puţin problematice pentru el. De asemenea, dorinţele agresive de a-şi ţine tatăl departe de el au devenit mai puţin deranjante. Datorită faptului că anxietatea dată de dorinţele sexuale şi agresive se diminuase, simptomele lui obsesiv-compuâsive nu mai erau atât de necesare pentru a-i lega anxietatea.

Oricât de biologic acţionate ar fi fost simptomele obsesiv-compulsive ale domnului N, ele dezvăluiau o dorinţă simbolică de a câştiga afecţiunea mamei în absenţa tatălui său, aşa cum este subtil descrisă în amintirea din copilărie. Ritualurile compulsive îi serveau ca apărare

împotriva dorinţelor sexuale nutrite faţă de mamă, consumându-şi tot timpul prin spălarea mâinilor şi prin multe alte lucruri. Cu toate acestea, ritualuri le-simptom au avut ca rezultat îmbrăcarea lui de către mamă şi primirea întregii ei atenţii, tatăl fiind îndepărtat. De aceea, formaţiunea de compromis construită inconştient conţinea atât expresia directă a dorinţei ascunse, cât şi apărarea împotriva acestei dorinţe. Urmarea unui tratament medicamentos sau de alt fel ar fi însemnat ameninţarea triumfului obţinut asupra tatălui, adică pacientul ar fi ajuns într-o situaţie în care nu ar mai fi avut nevoie de mamă. Pe de altă parte, această victorie oedipală generase enorm de multă vină şi anxietate, ceea ce îl determinase să recurgă mai frecvent la ritualuri şi obsesii. Scos din triangularea formată cu părinţii acasă, dl N nu a mai avut atâta nevoie de simptomele obsesiv-compulsive pentru a se apăra de anxietate şi starea lui s-a îmbunătăţit remarcabil.

Deşi tratamentul domnului N nu a inclus şi psihoterapie dinamică, înţelegerea psihodinamică a rezistenţelor la tratament a avut un rol esenţial în abordarea refuzului de a lua medicaţia, determinându-l să coopereze la tratament. Actul ratat al pacientului l-a făcut să conştientizeze faptul că orice ameliorare a simptomelor i-ar putea ameninţa poziţia privilegiată pe lângă mamă.

Cazul domnului N reflectă şi o problemă care apare frecvent în familiile pacienţilor cu TOC. Un studiu în care au fost implicate 34 de rude ale unor pacienţi cu TOC a examinat gradul de acomodare al acestora la patologia pacientului prin participarea activă la ritualuri sau prin schimbări semnificative ale programului zilnic (Calvocoressi et al., 1995). Dintre aceste rude, 88, 2 au afirmat că s-au mulat într-un anumit fel pe comportamentul bolnavului. Această formă de acomodare a familiei a fost clar corelată cu stresul din familie, cu atitudinile de respingere a pacientului şi proasta

funcţionare a familiei. Această acomodare presupune adesea un efort menit să reducă anxietatea pacientului sau să controleze exprimarea furiei acestuia. Multe rude spun că se simt „obligate” de pacienţi să facă diferite lucruri pentru a integra obsesiile şi compulsiile pacientului. În mod asemănător, acest tip de relaţionare este internalizat şi recreat atunci când pacienţii obsesiv-compulsivi se internează. O atitudine pretenţioasă însoţeşte adesea insistenţa pacienţilor ca toată lumea, fără excepţie, să se acomodeze bolii lor.

Simptomele TOC produc adesea probleme de relaţionare, iar diagnosticul este asociat cu un risc mare de divorţ sau de separare (Zetin şi Kramer, 1992). Drept urmare, psihoterapia dinamică poate fi cea mai ehaentă modalitate de a aborda problemele de relaţionare secundare simptomelor. Unii clinicieni (Leib, 2001; Meares, 2001) au observat modul în care preocuparea pacienţilor pentru ritualuri şi gânduri obseâsonale poate duce la o existenţă foarte restricţionată şi idiosincratică şi, unsecutiv, la relaţii de obiect maladaptative şi la o dezvoltare personală problematică. Terapiile psihanalitice pot fi necesare pentru a ajuta pacientul să se redefinească în afara experienţei ritualurilor şi a gândurilor observonale şi să dezvolte o mai mare conştientizare sau capacitate de mentalizare în ceea ce priveşte viaţa interioară a celorlalţi. Lieb (2001) a descris o nouă abordare prin combinarea tehnicilor de expunere şi a farmacoterapiei cu psihanaliza la o femeie cu TOC. Tratamentul integrat a furnizat cea mai completă strategie de abordare multiplelor probleme ale pacientei.

Altă contribuţie utilă a clinicianului specializat în psihodinamică este investigarea agenţilor precipitanţi care iniţiază sau exacerbează simptomele. Ajutând pacienţii şi familiile lor să înţeleagă natura acestor stresori, simptomele pot fi stăpânite mult mai uşor.

9.4 Tulburarea de stres posttraumatic

Ultimele decenii ale secolului al XX-lea au fost martorele unei creşteri a incidenţei şi prevalenţei tulburării de stres posttraumatic (TSPT) în populaţia generală. Prevalenţa estimată pentru toată viaţa este de aproximativ 7, 8 (Kessler et al., 1995). Mai mult de o treime dintre persoanele care au avut un episod iniţial de TSPT nu se mai refac nici după mai mulţi ani. Într-un studiu care a inclus 2 181 de persoane în zona Detroit, riscul condiţionat de TSPT consecutiv unei expuneri la o traumă a fost de 9, 2 (Breslau et al., 1998). Mai mult, cel mai frecvent eveniment precipitant raportat pentru persoanele cu TSPT a fost moartea neaşteptată şi bruscă a unei persoane iubite, sugerând că violul, atacul violent şi lupta au fost trăite doar de o parte dintre pacienţii afectaţi de această tulburare. Este probabil ca o persoană cu TSPT să trăiască 20 de ani de simptome active şi să îi fie afectată activitatea la locul de muncă (Davidson, 2001). În multe cazuri, aceşti pacienţi nu sunt diagnosticaţi corect de la început, deoarece prezintă un tablou clinic somatoform, însă până la 11, 8 dintre cei care se prezintă pentru prima dată la medic pot îndeplini criteriile diagnostice pentru TSPT parţial sau total (Stein et al., 2000).

Victimele traumelor oscilează între negarea evenimentului şi repetarea lui compulsivă prin flashbackuri şi coşmaruri. În acest fel, mintea poate prelucra şi organiza stimulii prea intenşi. Horowitz (1976) a identificat 8 teme psihologie frecvente care urmează unei traume: 1) supărare sau tristeţe, 2) vinovăţie faţă de furia sau impulsurile distructive resimţite, 3) teama resimţită de victimă că va deveni distructivă, 4) vinovăţia victimei că a supravieţuit, 5) teama că se va identifica cu

victimele, 6) ruşinea faţă de sentimentele de neajutorare şi de gol interior, 7) teama că trauma se va repeta şi 8) furia îndreptată împotriva sursei traumei.

Deşi severitatea simptomelor posttraumatice era considerată odinioară a fi direct proporţională cu severitatea stresorului, unele studii empirice arată contrariul. Într-o investigaţie prospectivă efectuată asupra a 51 de pacienţi cu arsuri (Perry et al., 1992), TSPT a fost anticipată în cazurile cu arsuri minore, cu suport emoţional perceput ca inconsistent şi cu disconfort emoţional major. Leziunile mai severe sau mai întinse nu au anunţat simptome posttraumatice. Rezultatele acestui studiu se raliază opiniei din ce în ce mai răspândite conform căreia TSPT este dependentă mai mult de factori subiectivi decât de severitatea stresorului. La victimele unor accidente, valoarea pe care o confereau acestea severităţii traumei şi, consecutiv, semnificaţia traumei pentru ele s-au dovedit a fi factorul predictiv cel mai important pentru dezvoltarea TSPT mai târziu (Malt şi Olafsen, 1992; Schnyder et al., 2001). Drept urmare, cea mai mare parte a Comitetului Consultativ al DSM-IV a susţinut o revizuire a criteriilor privind stresorii care ar putea agrava răspunsul subiectiv individual la eveniment (Kilpatrick şi Resnick, 1993).

Evaluarea psihodinamică atentă atât a semnificaţiilor atribuite de pacient evenimentului traumatic, cât şi a vulnerabilităţilor psihologice specifice ale acestuia este necesară pentru analizarea factorilor declanşatori din mediu (Ursano, 1987; West şi Coburn, 1984). Într-un studiu (Breslau et al., 1991) s-a determinat că riscul de dezvoltare a TSPT ar putea fi asociat cu separarea timpurie de părinţi, cu caracterul nevrotic, cu un istoric familial de anxietate şi cu anxietatea sau depresia preexistentă. Autorii au ajuns la concluzia că, pentru exprimarea simptomelor, este necesară o predispoziţie

personală pentru TSPT. Printre aspectele percepţiei subiective, care au fost cel mai bine studiate, se numără experienţa unei frici extreme, senzaţia de neputinţă, perceperea ameninţării vieţii şi perceperea unei potenţiale violenţe fizice (March, 1993).

Cei mai mulţi oameni nu dezvoltă TSPT chiar dacă trec prin traume îngrozitoare. Incidenţa tulburării este de fapt scăzută printre persoanele care erau sănătoase înaintea traumei (Schnyder et al., 2001). Mai mult, evenimentele a căror severitate este aparent minoră pot provoca apariţia TSPT la anumiţi indivizi, din cauza semnificaţiei subiective atribuite faptelor. Traume vechi pot fi trezite de circumstanţe actuale. Davidson şi Foa (1993) indicau că ar exista nişte factori determinanţi pentru irariţia tulburării: 1) vulnerabilitate genetic-constituţionala la afecţiuni psihiatrice; 2) experienţe neplăcute sau traumatice în copilărie; 3) **anumite** caracteristici de personalitate (precum cele întâlnite la pacienţii antisociali, dependenţi, paranoizi şi borderline); 4) stresuri sau schimbâri recente în viaţă; 5) un sistem suportiv inadecvat sau compromis; ol consum crescut de alcool în ultimul timp şi 7) senzaţia că localizarea controlului este mai degrabă externă decât internă. Un studiu efectuat

105 bărbaţi care au luptat în Vietnam a sugerat că un IQ mai scăzut *îl* putea fi un factor de risc pentru apariţia TSPT (Menally şi Shin, 1995). Severitatea crescută a simptomelor TSPT a fost asociată cu o inteligenţă mai scăzută, ceea ce arată că variabilele cognitive pot afecta rapacitatea indivizilor de a face faţă unei traume. Disocierea peritraumatică poate fi şi ea înalt predictivă pentru TSPT (Griffin et al., 1997).

Deşi apărările disociative pot fi activate pentru a ţine emoţiile dureroase în afara câmpului conştient, ieşirea la lumină a amintirilor traumatice le poate menţine într-o

stare de înaltă activare cognitivă. Astfel, factorii cognitivi şi afectivi pot intra în conflict de interese şi pot duce la oscilaţia atât de caracteristică bolii, între intruziunea amintirilor şi scăpările de memorie. Deşi Freud a postulat compulsia la repetiţie ca sursă a amintirilor traumatice intruzive, noi putem trage acum concluzia că amintirile traumatice nerezolvate rămân active cognitiv tocmai pentru că sunt inhibate *afectiv* de mecanismele de apărare de tipul disocierii. Sistemul inconştient de monitorizare care ţine captive amintirile traumatice din cauza asocierii lor cu stări afective dureroase ne transmite şi mesajul că acestea nu pot fi perlaborate.

Supravieţuitorii unei traume nu îşi pot folosi adesea emoţiile ca semnal (Krystal, 1968, 1984, 1988). Pentru că orice emoţie puternică este privită ca o ameninţare de întoarcere a traumei originale, aceşti pacienţi îşi vor somatiza sau trata medicamentos aceste emoţii, folosind în mod abuziv medicamentele prescrise. Krystal a mai observat că, în stările posttraumatice, aceşti indivizi pot prezenta dizabilităţi ale funcţiei de autoîngrijire. Nu se pot calma şi relaxa suficient singuri pentru a putea adormi în mod natural.

O implicaţie a observaţiilor lui Krystal asupra TSPT este aceea că psihoterapia exploratorie menită să ajute să „repună în act” trauma poate fi nocivă pentru aceşti pacienţi. Cei care prezintă alexitimie vor experimenta doar corelaţiile fiziologice ale stărilor emoţionale, fără a înregistra sentimentele pe tărâm psihologic, ceea ce va duce la o mai mare deteriorare a stării lor psihosomatice (Sifneos, 1973). Aceste consideraţii pot fi parţial responsabile de rezultatele dezamăgitoare ale tehnicii de debriefing după incidente traumatice (van Emmerick et al., 2002). Pacienţii care nu trec prin debriefing îşi pot reveni mai repede decât cei care o fac. În general, la ora actuală tratamentul implică tehnici derivate din terapia cognitiv-

comportamentală, cum ar fi expunerea, managementul anxietăţii, restructurarea cognitivă şi tehnica dialogului pozitiv cu sine (Foa et al., 1999). În plus, în studiile controlate placebo desfăşurate în mai multe centre, sertralina s-a dovedit a fi sigură şi eficientă în reducerea unor simptome ale bolii (Davidson et al., 2001).

Nu există tratament complet satisfăcător pentru TSPT, însă mai mulţi autori (Brom et al., 1989; Gaston, 1995; Lindy et al., 1983) au acordat foarte mult credit folosirii terapiei dinamice. Traumele masive silesc Eul să îşi arunce în luptă apărările primitive – de exemplu, negarea, minimizarea şi tăgăduirea proiectivă. Furia de a fi devenit victimă este adesea proiectată asupra celorlalţi, determinându-i pe unii supravieţuitori ai unor traume să devină hipervigilenţi pentru a se putea proteja de potenţialele agresiuni din jur. Alţi pacienţi îşi pot folosi furia ca apărare împotriva unor sentimente mult mai deranjante, de vulnerabilitate. Contestările sunt angajate uneori pentru a putea face faţă furiei, sugerând un motiv serios de răzbunare, dar şi dorinţa de a-şi stăpâni sentimentele de neajutorare prin câştigarea unei forme de compensaţie pentru suferinţa provocată de traumă. Vinovăţia poate fi folosită şi ea ca mecanism defensiv. Victimele violurilor consideră adesea că sunt responsabile de ceea ce li s-a întâmplat, o postură defensivă care maschează gânduri mai supărătoare, cum ar fi acela că sunt neajutorate într-o lume violentă.

Un studiu controlat de terapie psihodinamică scurtă efectuat asupra supravieţuitorilor unor incendii (Lindy et al., 1983) a demonstrat o ameliorare semnificativă a simptomelor la 30 de pacienţi participanţi, dintre care 19 îndeplineau criteriile DSM-III pentru TSPT sau pentru TSPT asociată cu depresie. Terapia a constat în 6 – 12 şedinţe în care, printr-un protocol standardizat, a fost încurajată expunerea la situaţiile temute.

Cei mai mulţi cercetători sunt de acord că medicaţia este cea mai potrivită completare a psihoterapiei (Friedman, 1991; Solomon et al., 1992). Diferitele forme de psihoterapie pot avea diferite efecte. Brom et al. (1989) au comparat pacienţii care urmau psihoterapie dinamică, hipnoterapie şi desensibilizare sistematică. Toate cele trei grupuri de tratament au prezentat ameliorări simptomatice mai consistente decât grupul de control. Terapia dinamică a obţinut cea mai importantă reducere a simptomelor evitante, dar a avut mai puţin impact asupra simptomelor intruzive. Grupurile de hipnoterapie şi desensibilizare au prezentat patternul invers. Tehnicile comportamentale s-au dovedit a fi eficiente, însă relaxarea necesară pentru modalităţile comportamentale poate fi greu de obţinut de către pacienţii cu TSPT, din cauza inabilităţii lor de a se calma singuri (Krystal, 1984).

Psihoterapia individuală trebuie să fie foarte personalizată pentru pacienţii cu TSPT. Unii dintre ei vor fi copleşiţi de reconstituirea traumei şi vor reacţiona prin deteriorare clinică. Integrarea experienţelor clivate trebuie dozată în funcţie de capacitatea pacientului de a face faţă acestei integrări. Terapeutul s-ar putea să fie nevoit să conţină aspectele proiectate ale Sinelui traumatizat până când pacientul va fi capabil să le rantegreze (Peebles, 1989). Clinicienii trebuie să fie conştienţi că în cazul TSPT pot apărea tentative de suicid sau preocupări suicidare. Într-un studiu care a cuprins veterani din Vietnam suferinzi de TSPT, Hendin 51 Haas (1991) au descoperit că vinovăţia legată de luptele purtate era cel mai important factor predictiv pentru dorinţele suicidare. Mulţi pacienţi simţeau că merită să fie pedepsiţi pentru că fuseseră transformaţi în ucigaşi.

Datorită acestor consideraţii, psihoterapia dinamică a pacienţilor cu TSPT trebuie să menţină un echilibru între atitudinea detaşată, de observator, care-i permite

pacientului să reţină informaţiile neplăcute şi poziţia încurajatoare, care îl ajută să reconstruiască tabloul complet al traumei. Integrarea amintirilor traumei în contextul unui sens continuu al Sinelui pacientului poate fi un scop nerealist, pentru că pacientul nu trebuie forţat să prelucreze prea rapid ceva ce devine copleşitor şi dezorganizator. Construirea unei alianţe terapeutice solide, în care pacientul să se simtă în siguranţă, este vitală pentru succesul terapiei. Educarea pacientului în privinţa unor reacţii obişnuite la evenimentul traumatic poate uşura crearea alianţei. Validarea empatică a dreptului pacientului de a simţi ceea ce simte consolidează şi ea această legătură.

Lindy (1996) a identificat patru tipuri de transfer întâlnite frecvent la pacienţii cu TSPT: 1) transferul asupra terapeutului a persoanelor implicate în evenimentul traumatic, 2) transferul asupra situaţiei terapeutice a amintirilor specifice reprimate ale evenimentului traumatic.

3) transferul asupra terapeutului a funcţiilor intra-psihice ale pacientului distorsionate consecutiv traumei (în speranţa că vor fi reparate) şi

4) transferul asupra terapeutului a unui rol înţelept şi omnipotent, în care terapeutul îl poate ajuta pe pacient să filtreze cele întâmplate şi să refacă un sens personal.

Toate aceste transferuri produc, desigur, contratransferuri corespunzătoare. Terapeutul, în dorinţa de a-şi salva pacientul din trauma oribilă pe care a trăit-o, poate dezvolta fantasme de omnipotenţă. Alternativ, terapeutul se poate simţi copleşit, furios şi neajutorat ca răspuns la aparenta rezistenţă a pacientului de a se lăsa să iasă din traumă. Când pacientul este deosebit de încăpăţânat, agăţându-se de amintirile traumei, terapeutul poate deveni indiferent şi lipsit de speranţă.

Scopurile acestor psihoterapii ar trebui să fie

modeste, în cele mai multe cazuri – vindecarea sau dispariţia simptomelor ar fi nişte obiective prea ambiţioase. Cele mai rezonabile dorinţe sunt oprirea deteriorării, susţinerea zonelor de funcţionare adecvată şi restabilirea integrităţii personale a pacientului (Lindy et al., 1984). Există unele motive de optimism terapeutic dacă luăm în considerare faptul că, în mai mult de jumătate din cazurile de TSPT acut consecutiv violului, apare în mod natural remisia în interval de trei luni (Davidson şi Foa, 1993), iar asigurarea suportului poate să fie atunci suficientă.

9.5 Tulburarea acută de stres
9.6

Tulburarea acută de stres are aceleaşi criterii de stres ca şi TSPT: persoana în cauză trebuie să fi trăit un eveniment în care să fi fost implicată ameninţarea cu moartea sau o leziune serioasă şi să fi răspuns prin sentimente intense de neajutorare, groază sau frică. Simptomele rezultante trebuie să apară în 4 săptămâni de la evenimentul traumatic şi să dureze între 2 zile şi 4 săptămâni. Cu alte cuvinte, această categorie include sindroame asemănătoare cu TSPT, care pot să apară mai repede decât în cazul afecţiunii prezentate anterior, durează mai puţin sau servesc de prodrom unui caz mai tipic de TSPT. Într-un studiu efectuat asupra unor muncitori care au supravieţuit unor dezastre (Fullerton et al., 2004), 42 dintre cazurile de tulburare acută de stres au dezvoltat TSPT.

În plus faţă de criteriile pentru simptomele TSPT (precum retrăirea evenimentului, evitarea stimulilor care readuc amintirea traumei şi manifestarea hiperconştientizării traumei), diagnosticul tulburării acute de stres necesită şi cel puţin trei dintre următoarele simptome disociative: amnezia unor aspecte importante

ale traumei; depersonalizarea; derealizarea; neatenţia la ceea ce se întâmplă în jur; senzaţia subiectivă de detaşare, de insensibilitate sau de lipsă a responsivităţii emoţionale. Tratamentul acestei afecţiuni este în mare acelaşi ca în cazul altor forme de tulburări disociative descrise în Capitolul 10 la „Consideraţii generale”.

9.7 Tulburarea de tip anxietate generalizată 9.8

Criteriile DSM-IV-TR pentru tulburarea de tip anxietate generalizată (TAG) au fost concepute pentru a face diferenţa între această afecţiune şi îngrijorarea normală. Anxietatea trebuie să fie excesivă, dificil de controlat şi suficient de frecventă încât să apară în peste jumătate dintre zilele unui interval de minim 6 luni. Poate provoca, de asemenea, disconfort clinic semnificativ sau poate invalida zone de funcţionare importante, cum sunt cele ocupaţională şi socială. Diagnosticul cere ca anxietatea să nu se afle în limitele altor tulburări pe Axa I, adică să nu fie vorba de anxietate faţă de apariţia unui atac de panică, frica de contaminare sau de a nu fi făcut de râs în public ş.a.m.d. Anxietatea trebuie să fie destul de pătrunzătoare, aşa încât pacientul să se concentreze asupra unor activităţi sau evenimente care sunt ţintele acesteia. Calitatea vieţii pacienţilor cu TAG este afectată în conţinut de ideile pe care le au despre viitorul lor, de circumstanţele vieţii, de situaţia financiară, de posibilitatea ca unor membri ai familiei să li se întâmple ceva rău şi de multe alte aspecte. Ei pot trăi tensiune fizică şi simptome moderate de descărcare simpatetică, dar nimic de intensitatea tulburării de panică.

TAG continuă să fie o afecţiune controversată. Dintre toate tulburările de anxietate, ea este asociată cu cea mai mare rată a comorbidităţii. Într-un studiu desfăşurat în mai multe centre (Goisman et al., 1995), aproape 90 dintre

pacienţii cu TAG aveau un istoric de cel puţin o altă tulburare de anxietate pe toată durata vieţii. În orice caz, clinicienii întâlnesc adesea pacienţi care îşi fac cronic griji din orice şi, pentru că mulţi dintre ei muncesc cu dificultate din cauza anxietăţii permanente, tratamentul este extrem de important.

Numeroase studii au demonstrat eficacitatea tehnicilor comportamentale, a farmacoterapiei şi chiar a terapiei dinamice scurte în tratarea pacienţilor anxioşi. Totuşi schemele de grup concepute la scară mare nu spun nimic clinicienilor despre cum îşi pot da seama care persoană este potrivită unui tip anume de tratament (Barlow şi Beck, 1984).

Anxietatea apare ca răspuns la multe situaţii pe parcursul vieţii. Dacă pacienţii ar trebui să recurgă la medicaţie la fiecare puseu de anxietate, este o chestiune de natură să-i preocupe serios pe psihiatri. Se pot elimina componentele fiziologice ale anxietăţii prin medicaţie, fără a ataca aspectele cognitive ale îngrijorării, care rămân. Următoarea vinietă clinică este ilustrativă în acest sens.

Dna o eră o absolventă de facultate în vârstă de 23 de ani, care se prezentase la consult pentru episoade periodice de anxietate intensă. Cam de trei ori pe lună avea momente când se temea că va muri în timp ce stătea în pat. De obicei, începea prin a rumina în următorul mod: „Acum am 23 de ani. În doar 7 ani, voi avea 30. Apoi voi avea 40, iar copiii mei vor fi mari. Apoi voi fi bunică şi mă voi pensiona, apoi voi muri”. După aceea, începea să se gândească la părinţii ei, care trăiau amândoi, şi să se teamă că vor muri curând. Pe măsură ce gândurile o copleşeau, inima începea să-i bată tot mai repede şi nu mai putea adormi.

După o evaluare diagnostică, au fost discutate cu pacienta mai multe metode terapeutice: prescrierea unei medicaţii pentru anxietate, explorarea psihoterapeutică a cauzelor anxietăţii sau o combinaţie a celor două. Ea a răspuns imediat că nu o interesează medicaţia. „Cum ar putea o pastilă să-mi ia frica de moarte?” a întrebat. A afirmat că vrea să înţeleagă originile anxietăţii pe care o trăia, pentru a o putea stăpâni.

Pacienta s-a angajat într-o cură terapeutică şi a început să-şi stăpânească din ce în ce mai bine emoţiile deranjante. Terapeutul empatiza cu ea în ceea ce privea natura înfricoşătoare a morţii, dar nu uita să menţioneze şi că anumite îngrijorări legate de viaţă contribuiau adesea la frica de moarte. El a întrebat-o ce anume din ceea ce se întâmpla în viaţa ei ar fi putut să-i accentueze anxietatea. Pacienta a răspuns imediat că fricile ei nu au nimic de a face cu plecările soţului său pe mare. Ochii au început să i se umple de lacrimi, iar terapeutul i-a întins o cutie cu şerveţele.

Dna o a ignorat cutia cu şerveţele şi a continuat să vorbească despre cum mor oameni tineri de SIDA şi de cancer. Terapeutul a întrebat-o de ce nu a luat un şerveţel din cutia ce îi fusese oferită. Ea a răspuns că s-a gândit că ăsta ar fi fost un semn de slăbiciune. Terapeutul a întrebat-o dacă i-a fost greu întotdeauna să accepte că are nevoie de ajutorul altora. Pacienta a spus că toată viaţa ea a fost cea la care veneau ceilalţi şi-şi spuneau păsurile şi că nu putea accepta niciodată că şi ea ar putea avea probleme şi nevoie de ajutorul celor din jur. Terapeutul i-a sugerat că poate are nevoie să prezinte

o faţadă pseudoindependentă ca un mod de a-şi nega neajutorarea. Ea a admis cu uşurinţă că se teme de sentimentul de slăbiciune asociat cu latura ei vulnerabilă şi neajutorată. Terapeutul a subliniat că moartea ar fi fost ultima situaţie în care ea s-ar fi aflat vulnerabilă şi neajutorată. Pacienta a răspuns că lucrul cel mai rău legat de moarte este, în mintea ei, faptul că va trebui să o înfrunte singură.

Pe măsură ce d-na o continua să-şi exploreze sursele anxietăţii, a scos la lumină un istoric de dificultăţi semnificative de exprimare a furiei. Se temea că furia ei va exploda şi că îi va îndepărta pe cei din jur. Anxietatea nocturnă apărea de multe ori după vizionarea unor filme violente. Spunea că o deranjează faptul că alte persoane îşi pot exprima furia într-un mod atât de violent şi direct, în timp ce ea trebuie să şi-o controleze pe a ei cu atâta atenţie. Explorarea psihoterapeutică a dezvăluit şi multă furie împotriva tatălui ei, pe care pacienta nu fusese capabilă să o exprime. Se temea, inconştient, că furia ei ar fi atât de intensă, încât şi-ar distruge tatăl.

După 2 luni de psihoterapie, episoadele de anxietate intensă au dispărut. Dna o s-o mai temea încă de moarte într-o anumită măsură, dar reuşea să-şi controleze mai bine frica, pentru că înţelesese care erau îngrijorările subiacente legate de impactul furiei ei şi al temerilor ei că va fi abandonată şi lăsată singură. Cu alte cuvinte, o capacitate mai mare de a-şi stăpâni raţional emoţiile a ajutat-o să-şi controleze simptomele.

Cazul d-nei o ilustrează principiul venerat conform căruia în psihiatria clinică trebuie adaptat tratamentul la

pacient. Contrar punctului de vedere al unei părţi a contribuabililor, cel mai adecvat tratament al unui pacient nu este în mod necesar cel mai ieftin. Deşi unii clinicieni ar spune că un agent antianxios ar fi eliminat poate mai rapid şi mai necostisitor simptomele pacientului, d-na o a cerut altceva decât ameliorarea simptomelor. Barber şi Luborsky (1991) sunt de părere că aceeaşi tulburare de anxietate va necesita tratamente diferite în circumstanţe diferite, aplicate unor pacienţi diferiţi. Psihoterapia psiho

— Namică poate fi tratamentul de elecţie pentru pacienţii care au insight, r motivaţi să înţeleagă matricea din care apar simptomele şi doresc – rî vestească timp, hani şi efort într-un proces terapeutic. Dna o nu a rut medicamente şi probabil că nu le-ar fi luat dacă i-ar fi fost

— Scrise.

Ledicaţia poate fi uneori un adjunct extrem de important, pe termen rurt, intervenţiilor psihoterapeutice pentru GAD. Nu trebuie totuşi

— Pusă pacienţilor ca tratament complet împotriva anxietăţii. Pacienţii – *ebaie* să înveţe să tolereze anxietatea ca pe un semnal important în 7. Pul psihoterapiei. Aceia care dispun de o tărie a Eului suficient de – tină ajung să vadă în anxietate o fereastră spre inconştient.

Tratamentul anxietăţii trebuie să înceapă cu o evaluare psihodina. Că atentă şi completă, conceptualizând anxietatea ca pe un „vârf de oerg” multideterminat. Clinicianul trebuie să diagnosticheze natura – n zii ascunse a pacientului (v. Tabelul 9 – 1). În plus, trebuie evaluat şi – Ui anxietăţii în organizarea personalităţii pacientului. Ce este. Paciţatea Eului de a tolera anxietatea şi de a suporta explorarea ginilor anxietăţii? Oare anumite constelaţii ale relaţiilor de obiect j; em par să trezească anxietatea? Este oare anxietatea legată de frica dezintegrare a Sinelui? Prescrierea intervenţiei psihodinamice trivite depinde parţial de situaţia clinică a pacientului, ca şi de reresele

acestuia. Unii pacienţi răspund rapid şi bine unor explicaţii – curte, educative, şi nu mai au nevoie de tratament ulterior. Altora, care; rezintă simptome foarte focalizate şi anumite tării notabile ale Eului: „vietatea le poate fi diminuată prin psihoterapie dinamică scurtă.: denţii nevrotici, cu mai puţine acuze focalizate şi cu interese mai i anci în ceea ce priveşte schimbări fundamentale ale personalităţii, vor îndrumaţi spre psihanaliză. În sfârşit, pacienţii cu patologie caracteuă severă care prezintă anxietate vor avea nevoie de o lungă perioadă d – terapie suportiv-expresivă pentru a-şi ameliora simptomele.

Când începe o terapie psihodinamică cu un pacient cu TAG, speciastul trebuie să manifeste toleranţă faţă de concentrarea acestuia pe implomele somatice şi pe alte probleme care sună destul de superficial, ipoteză de lucru care vizează funcţia defensivă este aceea că xalizarea atenţiei pe aceste probleme distrage pacientul de la unele r. Grijorări subiacente mai tulburătoare. Acest model defensiv caracteristic de evitare poate fi asociat cu ataşamentul conflictual nesigur din Pilărie şi cu traume timpurii (Crits-Cristoph et al., 1995). După **jsc** uitarea empatică a problemelor actuale ale pacientului, terapeutul roate să înceapă să pună întrebări despre relaţiile din familie, despre dificultăţile interpersonale şi despre situaţia pacientului la locul de muncă. Specialistul poate face legătura între diferitele situaţii problematice pentru a putea ieşi la lumină conflictele relaţionale importante. Ca în toate terapiile dinamice, unele dintre cele mai convingătoare dovezi ale existenţei acestor modele pot ieşi la lumină în relaţia transferenţială. Deoarece sursele anxietăţii încep să se asocieze cu conflicte recurente, pacientul îşi dă seama treptat că anxietatea poate fi stăpânită prin înţelegerea aşteptărilor inconştiente de eşec în relaţii şi la locul de muncă. Un rezultat pozitiv poate fi şi capacitatea de a folosi anxietatea ca semnal al unui

conflict recurent, ceea ce va duce la introspecţie şi la posibilitatea de a înţelege mai bine.**10. Tulburările disociative**

La începuturile psihiatriei dinamice, doi autori, Janet şi Freud, au fost uimiţi de mulţimea de fenomene isterice pe care le observau. Pentru a explica stările alterate ale conştiinţei precum amnezia sau fuga, Janet a postulat că amintirile traumei persistă ca idei fixe relativ neasimilate care servesc drept focare de dezvoltare a unor asemenea stări. El a arătat că, în circumstanţe specifice, energiile nervoase care integrează funcţiile mintale pot scădea suficient de mult pentru ca anumite funcţii să scape de sub controlul central, proces numit *disociere.*

Freud, pe de altă parte, a postulat conceptul de *refulare,* o exilare activă a anumitor conţinuturi mintale din sfera conştientă în domeniul inconştientului dinamic. Deşi aceste sentimente inacceptabile rămân în afara câmpului conştient, ele continuă să fie active în inconştient şi pot ieşi din nou la lumină sub formă de simptome. Freud şi Janet nu se mai pun de acord din acest moment, Freud postulând că fenomenele isterice rezultă din procese mintale active, iar Janet susţinând rolul proceselor mintale pasive (Nemiah, 1989).

În ultimii ani, interesele psihiatrilor faţă de disociere au crescut, conjugate cu interesele faţă de tulburarea de stres posttraumatic (TSPT) şi de răspunsurile la traumă, în general. Gândirea psihodinamică se concentrează, în mod tradiţional, pe nevoile, dorinţele şi impulsurile inconştiente, ca şi pe apărările împotriva acestora. Fantasma intra-psihică joacă un rol mai important decât trauma externă. Tulburările disociative şi TSPT au nivelat câmpul de acţiune, de aceea clinicienii contemporani specializaţi în psihodinamică acordă acum aceeaşi importanţă influenţelor patogenice ale evenimentelor

reale.

Formele patologice de disociere sunt identificate prin tulburări sau alterări ale funcţiilor integrative normale ale memoriei, identităţii sau conştiinţei (Putnam, 1991). DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2000) include următoarele entităţi diagnostice în categoria tulburărilor disociative: tulburarea de identitate disociativă (tulburarea de personalitate multiplă), tulburarea de depersonalizare, tulburarea disociativă fără altă specificaţie, amnezia disociativă şi fuga disociativă (ultimele două s-au numit anterior „amnezie psihogenă" şi, respectiv, „fugă psihogenă").

10.1 Consideraţii generale

Înainte de a începe studierea amănunţită a tulburărilor disociative specifice, sunt necesare unele consideraţii generale asupra fenomenului disocierii care să furnizeze contextul de bază pentru înţelegerea tulburărilor disociative individuale. Legătura dintre hipnotizabilitate şi disociere a fost observată ani la rând şi s-a demonstrat că pacientele isterice care prezintă simptome disociative sunt foarte uşor de hipnotizat (Bliss, 1980; Spiegel, 1984; Spiegel şi Fink, 1979; Steingard şi Frankel, 1985). Există totuşi acum puncte de vedere contradictorii asupra relaţiei conceptuale dintre hipnoză şi disociere (Bremner şi Marmar, 1998). Frankel (1990) a sugerat că disocierea şi hipnotizabilitatea simt fenomene strâns legate însă diferite, greu de deosebit în grupurile care le prezintă în grad înalt pe amândouă. Multe simptome tipice ale tulburării disociative pot fi induse prin hipnoză unor subiecţi foarte uşor hipnotizabili (Putnam, 1991). Deşi unii specialişti văd transa hipnotică doar ca metaforă a stărilor disociative, Spiegel (1990) numeşte hipnoza „disocierea controlată indusă într-un cadru structurat" (p. 247).

Hipnoza şi stările disociative severe au în comun completa absorbire a subiecţilor în anumite aspecte ale trăirii combinată cu completa ignorare a altor aspecte.

În esenţă, disocierea reprezintă un eşec în integrarea aspectelor perceptive, mnezice, de identitate şi ale conştiinţei. Exemple minore de disociere, cum este „senzaţia de plutire", senzaţii pasagere de stranietate sau „îndepărtarea", sunt fenomene care apar frecvent în populaţia generală. Dovezi empirice consistente sugerează că disocierea apare mai ales ca mecanism de apărare împotriva traumei. Frecvenţe mari ale simptomelor disociative au fost înregistrate în urma unor incendii puternice (Koopman et al., 1994), a unor cutremure (Cardena şi Spiegel, 1993), a unor războaie (Marmar et al., 1994), a torturii (Van Ommeren et al., 2001), ca şi în cazul persoanelor care au asistat la o execuţie (Freinkel et al., 1994). Disocierea îi permite fiecărui individ iluzia unui control psihologic atunci când trăieşte un sentiment de neputinţă şi de lipsă a controlului asupra propriului corp. Apărările disociative servesc dubla funcţie de a ajuta victimele să se îndepărteze singure dintr-o situaţie traumatică chiar în timpul producerii acesteia şi de a amâna perlaborarea necesară, care plasează evenimentul în perspectivă cu restul vieţii lor.

Trauma în sine poate fi privită ca o discontinuitate apărută subit în trăire (Spiegel, 1997). Disocierea din timpul traumei duce şi la o discontinuitate în procesul de stocare în memorie. Aproximativ 25 – 50 dintre victimele traumelor prezintă o oarecare detaşare faţă de evenimentul traumatic, în timp ce altele au o amnezie parţială sau totală a evenimentului (Spiegel, 1991). Aceste mecanisme mintale le permit – ictimelor să compartimenteze experienţa, aşa încât aceasta să nu mai de accesibilă conştiinţei – ca şi cum nu s-ar fi întâmplat niciodată. Nu se ştie de ce unele persoane disociază şi

altele nu. Un studiu efectuat asupra soldaţilor aflaţi în antrenament pentru supravieţuire a constatat că aceia care trăiseră situaţii în care viaţa le fusese ameninţată disociau mai uşor decât alţii sub presiunea antrenamentului (Morgan et al., 2001). Alt studiu (Griffin et al., 1997) a arătat că diferenţele fiziologice ar putea avea legătură cu predispoziţia la disociere.

Studii de imagistică prin rezonanţă magnetică (MRI) efectuate asupra unor veterani din Vietnam au arătat o reducere a volumului hipocampal al acelora care sufereau de TSPT comparativ cu al acelora care nu aveau TSPT (Bremner et al., 1995). Femeile depresive care ruseseră subiectul abuzului sever şi prelungit, fizic şi/sau sexual în copilărie au prezentat un volum hipocampal mai scăzut decât persoanele din grupul de control (Vythilingam et al., 2002). Hipocampul are un rol esenţial în stocarea şi recuperarea amintirilor, lucru care i-a făcut pe unii cercetători să lanseze ipoteza că dificultăţile de memorie asociate cu disocierea sunt legate de o lezare a regiunii (Spiegel, 1997). Yehuda (1997) afirma că responsivitatea din ce în ce mai mare a axului hipotalamo-hipofizo-suprarenal duce la o creştere a responsivităţii receptorului glucocorticoid şi, în consecinţă, la atrofierea hipocampului. Dacă un stres foarte mare asociat cu un eveniment traumatic va închide efectiv hipocampul, memoria autobiografică a acelui eveniment va fi compromisă (Allen et al., 1999). Un răspuns defensiv comun la traumă este detaşarea disociativă, destinată ţinerii la distanţă a emoţiilor intense. Allen et al. (1999) au subliniat faptul că această detaşare îngustează mult câmpul conştient individual, de aceea scăderea capacităţii de recunoaştere a contextului poate interfera cu procesul de codare elaborativă a memoriei. Fără gândirea reflexivă necesară stocării, memoria nu este integrată în naraţiunea autobiografică. Aceşti autori sugerau şi faptul că detaşarea

disociativă poate implica o problemă de disconectivitate corticală (Krystal et al., 1995) care să interfereze cu funcţii cognitive mai înalte, cum ar fi producerea limbajului. Rauch şi Shin (1997) au descoperit că TSPT este asociată cu hipoactivitate în aria Broca, evidenţiată prin PET (tomografia cu emisie de pozitroni). Combinaţia de leziune hipocampică şi hipoactivitate în aria Broca indică o scădere a capacităţii de a face faţă amintirilor în termeni lexicali. De aceea, fenomenele disociative pot fi utile iniţial ca mecanism de apărare, însă în cele din urmă pot limita capacitatea creierului de a înfrunta amintirile traumatice (Spiegel, 1997).

Diferite modele de activare neuronală par să fie asociate cu diferite tipuri de memorie. Mai mulţi autori (Brewin, 2001; Driessen et al., 2004) au propus un model dual de reprezentare a amintirilor traumatice. Amintirile care sunt accesibile verbal par să fie mai puţin dependente de stimuli şi situaţii, în timp ce amintirile traumatice par incontrolabile, inconştiente şi dependente de stimuli. Aceste din urmă amintiri, asociate cu amigdala, talamusul şi cortexul senzorial primar, nu pot fi inhibate cu uşurinţă de ariile cerebrale mai înalte, cum ar fi girusul cingulat şi zonele prefrontală, hipocampică şi a limbajului.

Influenţele genetice în vulnerabilitatea la disociere nu au fost stabilite. Într-un studiu efectuat asupra a 177 de perechi de voluntari gemeni monozigoţi şi a 152 de perechi de dizigoţi din populaţia generală (Jang et al., 1998), subiecţii au completat câte două chestionare extrase din Scala Experienţei Disociative (SED) privind capacitatea disociativă, o scală autoaplicabilă cu 28 de itemi, testată ca validitate şi fiabilitate (Putnam, 1991). Rezultatele au arătat că influenţe genetice erau responsabile pentru 48 şi 55 din variaţiile în scalele care măsurau experienţa disociativă patologică şi, respectiv, nepatologică. Pe de altă parte, un studiu similar pe gemeni (Waller şi Ross 1997) nu

a găsit dovezi de implicare ereditară.

Legătura dintre disociere şi traumele din copilărie a fost demonstrată în numeroase studii. Într-unul dintre ele (Brodsky et al., 1995), din cele 50 de procente ale subiecţilor care au avut scoruri SED indicând niveluri patologice de disociere, 60 au raportat istoric de abuz fizic şi/sau sexual în copilărie. În alt studiu (Mulder et al., 1998) efectuat pe 1 028 de persoane selectate aleator, 6, 3 au prezentat trei sau mai multe episode cu simptome disociative, având şi o rată de cinci ori mai mare de abuz fizic în copilărie şi o rată a abuzului sexual de două ori mai mare.

10.2 Tulburările disociative

10.2.1 înţelegere psihodinamică

Atât disocierea, cât şi refularea simt mecanisme de apărare, în ambele situaţii conţinuturile mintale fiind ferite de zona conştienţei. Ele diferă totuşi prin felul în care simt manipulate conţinuturile mintale ascunse, în cazul refulării, bariera represivă creează un clivaj orizontal, iar materialul este transferat către inconştientul dinamic. Dimpotrivă, disocierea creează un clivaj vertical, aşa încât conţinuturile mintale se situează într-o serie de conştiinţe paralele (Kluft, 1991 b). În afară de aceasta, modelul refulării este invocat de obicei ca răspuns la dorinţe interzise, cum sunt cele oedipale faţă de părintele de sex opus, mai mult decât la evenimente externe. De aceea, disocierea poate fi mobilizată de traumă, în timp ce refularea este activată de dorinţe înalt conflictuale (Spiegel, 1990). Totuşi, odată mobilizată, disocierea poate fi reactivată de dorinţe.

În cele mai multe cazuri de disociere, scheme disparate ale Sinelui sau reprezentări ale Sinelui pot fi

ţinute în compartimente mentale separate, dat fiind faptul că se află în conflict unele cu altele (Horowitz, 1986). Amintirile Sinelui traumatizat trebuie disociate, fiind contrarii Sinelui de zi cu zi, care pare să deţină controlul deplin. Un director de magazin, de exemplu, a disociat o traumă cu viol anal petrecut în timpul unui jaf al magazinului, deoarece imaginea de om subjugat şi umilit în acea situaţie era complet nepotrivită cu aceea de director care putea „controla" orice situaţie.

Amnezia disociativă, fuga disociativă, tulburarea de identitate disociativă şi tulburarea acută de stres (clasificată la tulburările de anxietate v. Capitolul 9) au rădăcini psihodinamice comune. Amnezia disociativă presupune unul sau mai multe episoade în care subiectul este incapabil să-şi amintească o traumă personală importantă; fuga disociativă implică plecări subite şi neaşteptate de acasă asociate cu incapacitatea de a-şi aminti trecutul personal şi confuzia asupra propriei identităţi. Tulburarea de identitate disociativă (TID), cunoscută mai demult ca tulburare de personalitate multiplă, implică prezenţa a două sau mai multe identităţi distincte, fiecare înzestrată cu propriul model perceptiv relativ solid legat de mediu şi de Sine. Cel puţin două dintre aceste identităţi sau stări de personalitate trebuie să ia în mod repetat controlul comportamentului persoanei respective. TID este caracterizată şi de o pată albă în rememorarea unor date personale importante, care este prea mare pentru a fi explicată prin acel obişnuit „am uitat".

Toate aceste afecţiuni sunt adesea diagnosticate greşit. De exemplu, un caz tipic de TID a avut nevoie de aproximativ 7 ani de tratament pentru a se pune diagnosticul (Loewenstein şi Ross, 1992; Putnam et al., 1986). Diagnosticul de TID este foarte problematic, deoarece 80 dintre pacienţi au doar anumite „ferestre de

diagnostic cabilitate” în timpul cărora afecţiunea lor este clar de distins pentru clinicieni (Kluft, 1991 b). Rigoarea diagnostică a fost ameliorată de SED, care poate fi eficient folosită pentru identificarea pacienţilor cu risc înalt. Cu toate acestea, un diagnostic definitiv necesită folosirea unor interviuri structurate, precum Interviul Clinic Structurat pentru Tulburările Disociative (Steinberg et al., 1991).

Amnezia disociativă este poate cea mai des întâlnită tulburare disociativă (Coons, 1998), însă diagnosticul ei este complicat adesea de faptul că aproape toţi pacienţii care suferă de această afecţiune prezintă concomitent şi alte tulburări psihiatrice. Mai mult, dacă nu sunt întrebaţi direct, mulţi dintre ei nu vor raporta episoade de amnezie tocmai din cauza naturii episoadelor amnestice. Pacientul poate simţi că oricine are mici goluri de memorie, motiv pentru care amneziile lui nu îi vor părea semnificative sau demne de povestit medicului.

Allen et al. (1999) au încercat să facă deosebirea între problemele reversibile ale scăpărilor de memorie asociate cu TID şi cu amnezia disociativă şi discontinuităţile mnezice ireversibile (în care amintirile autobiografice nu erau codate şi, prin urmare, nu mai puteau fi recuperate) asociate cu detaşarea disociativă. Există riscul de supradiagnosticare a TID dacă toate golurile de memorie apărute sunt atribuite amneziei disociative, care presupune amintiri recuperabile.

Cazurile mediatizate de TID nu reflectă faptul că cei majoritatea pacienţilor cu această afecţiune simt foarte rezervaţi şi preferă să-şi mascheze simptomele. Stările disociative separate ale Sinelui sau „personalităţile alternative” sunt mai întâi desfăşurate adaptativ în încercarea copilului abuzat de a se distanţa de experienţa traumatică. Personalităţile alternative îşi câştigă curând forme secundare de autonomie, iar pacientul poate

prezenta convingerea cvasidelirantă că acestea sunt nişte entităţi separate. Personalitatea pacientului chiar este formată din suma tuturor acestor personalităţi, iar Putnam (1989) a arătat că personalităţile alternative sunt stări foarte discrete ale conştiinţei, care simt organizate în jurul unui afect prevalent, unui simţ al Sinelui şi al unei imagini a corpului, în jurul unui repertoriu comportamental limitat şi al unui set de amintiri dependente de starea de spirit. Vechea denumire de tulburare de personalitate multiplă era derutantă, deoarece problema fundamentală a acestei afecţiuni nu este starea în care există mai mult de o personalitate, ci starea în care există mai puţin de o personalitate (Spiegel şi Li, 1997).

Se crede că TID este una dintre afecţiunile psihiatrice cauzate măcar parţial de traume. Deşi unii specialişti au sugerat că factorii genetici ar avea şi ei un cuvânt de spus şi că influenţa traumelor din copilărie a fost supraevaluată, există din ce în ce mai multe dovezi că abuzul sexual în copilăria mică are un rol esenţial în unele afecţiuni psihiatrice. Într-un studiu australian efectuat pe gemeni (Nelson et al., 2002), femeile abuzate sexual în copilărie prezentau un risc foarte mare pentru depresie, suicid, tulburări de comportament, dependenţă de alcool şi de nicotină, anxietate socială, viol după vârsta de 18 ani şi divorţ. Ca şi alte studii cu număr mare de subiecţi (Browne şi Finkelhor, 1986), acesta a arătat că unele forme de abuz sexual în copilărie sunt mai patogene decât altele. Cel mai mare risc pentru o patologie consecutivă a fost asociat cu forme de abuz sexual infantil implicând actul sexual. Această cercetare a demonstrat că şi bărbaţii abuzaţi sexual prezintă un risc mai mare pentru consecinţe negative pe termen lung, la fel ca şi femeile abuzate.

Chiar dacă trauma intervine mai târziu, în adolescenţă, au fost demonstrate o mulţime de rezultate psihosociale negative (Silverman et al., 2001). Violenţa

fizică şi cea sexuală simt asociate cu un risc crescut pentru abuz de substanţă, pentru comportamente nesănătoase legate de controlul greutăţii, de exemplu abuzul de laxative şi voma provocată, comportamente sexuale riscante, suicid şi sarcini la vârsta liceană. Macmillan et al. (2001) au arătat că un lot de 7 016 rezidenţi din Ontario care au completat un chestionar asupra abuzului sexual în copilărie au prezentat o tendinţă clară pentru rate mai mari de afecţiuni psihiatrice specifice corelate cu incidenţa abuzului fizic în copilărie. Printre acestea s-au numărat rate mai mari pe durata vieţii de tulburări de anxietate, abuz şi dependenţă de alcool şi comportament antisocial. În plus, femeile, dar nu şi bărbaţii, cu istoric de abuz fizic au prezentat rate mai mari de depresie majoră şi abuz de droguri, comparativ cu femeile fără istoric de abuz.

Cei mai mulţi specialişti sunt totuşi de acord că numai trauma nu este suficientă pentru a provoca TID. Kluft (1984) a propus o teorie etiologică cu patru factori: 1) capacitatea de a disocia defensiv în faţa traumei trebuie să fie prezentă, 2) experienţele de viaţă traumatice şi copleşitoare, cum sunt abuzul fizic şi cel sexual, depăşesc capacităţile adaptative şi operaţiunile defensive obişnuite ale copilului, 3) formele precise luate de apărările disociative în procesul formării personalităţii alternative sunt determinate de influenţe modelatoare şi de substraturi disponibile şi 4) contactul consolator şi recuperator cu persoanele apropiate nu este disponibil, astfel încât copilul trăieşte o profundă inadecvare a barierelor stimulului.

O implicaţie clară a modelului etiologic cu patru factori este aceea că trauma este necesară, dar nu suficientă pentru a produce TID. Cu riscul de a spune ceva evident, nu orice persoană abuzată sexual în copilărie dezvoltă TID. Gândirea psihodinamică are o contribuţie semnificativă la crearea premiselor înţelegerii noastre

asupra factorilor care declanşează sindromul în toată spectaculozitatea lui. Conceptele de conflict intra-psihic şi deficit intra-psihic sunt relevante pentru TID aşa cum sunt şi pentru alte afecţiuni (Marmer, 1991). Experienţele traumatice pot fi datorate unei varietăţi de conflicte generate de probleme precum vina de a fi complice abuzatorilor sau vina pentru excitarea sexuală cu un obiect incestuos.

Mai mult, disocierea poate apărea în absenţa traumei la indivizii sugestibili şi cu înclinaţii fantasmatice importante (Brenneis, 1996; Target, 1998). De aceea, prezenţa disocierii nu confirmă ea singură un istoric traumatic în copilărie. Există posibilitatea ca disocierea să aibă un rol mediator între trauma din copilăria mică şi dezvoltarea unor afecţiuni psihiatrice severe. Un studiu efectuat asupra a 114 copii şi adolescenţi instituţionalizaţi Kisiel şi Lyons, 2001) a descoperit că disocierea era mult mai strâns legată de abuzul sexual decât de cel fizic. De asemenea, aceşti cercetători au arătat că disocierea era asociată cu mai multe simptome cu comportamente mai frecvente de asumare de risc şi cu o funcţionare mai deficitară. Cu alte cuvinte, este posibil ca disocierea să aibă o mare importanţă ca factor predictiv sau ca mediator al unor simptome psihiatrice severe.

Nash et al. (1993) au insistat asupra faptului că studiile retrospective asupra femeilor care au raportat un abuz în copilărie nu pot stabili definitiv relaţia cauză-efect între traumă şi simptomele psihologice în viaţa adultă. În analiza pe care au făcut-o studiilor în încercarea de a determina efectele nocive ale abuzului, aceşti cercetători au tras concluzia că mare parte a psihopatologiei adulte observată la victimele abuzului sexual în copilărie este asociată cu o patogenitate generală a mediului familial. Ei au subliniat totuşi faptul că abuzul sexual în sine face copilul vulnerabil, trăindu-şi simţul de Sine şi al propriului

corp ca inadecvat şi rănit. Deşi Nash şi colegii lui (1998) nu au prezentat argumentul că victimizarea sexuală este irelevantă în absenţa problemelor din sânul familiei, ei au subliniat că au o „atitudine foarte sceptică în privinţa relativului merit al teoriilor traumagenice ale psihopatologiei care atribuie consecinţe acute şi, mai ales, de lungă durată ale traumei, pentru evenimentele izolate şi obiectiv definite, fără a lua în calcul mediatorii sociali şi cognitivi din vieţile supravieţuitorilor” (p. 570).

Teoria ataşamentului are multe de oferit în înţelegerea impactului diferenţial al abuzului sexual în copilărie. Într-un studiu efectuat pe 92 de femei adulte, victime ale incestului (Alexander et al., 1998), stilul de ataşament şi severitatea abuzului par fiecare să aibă contribuţii semnificative în predicţia simptomelor posttraumatice şi a disconfortului, ca şi pentru prezenţa tulburărilor de personalitate. Severitatea abuzului nu a fost corelată semnificativ cu ataşamentul în viaţa adultă. În acest grup investigat, ataşamentul securizant a fost mai mare la femeile abuzate de o figură paternă decât la femeile abuzate de altcineva. Doar intruzivitatea gândurilor asupra abuzului şi evitarea amintirilor abuzului, ambele simptome clasice de TSPT, pot fi explicate integral prin severitatea traumei. Cercetătorii au ajuns la concluzia că experienţa specifică a abuzului şi contextul relaţional par să aibă efecte distincte asupra funcţionării pe termen lung a victimelor incestului. Unele dintre cele mai devastatoare şi mai îndelungate efecte ale incestului sunt legate, se pare, de contextul familial şi de semnificaţia atribuită de pacient relaţiilor intime în general.

Ataşamentul copilului este influenţat aproape în întregime de relaţia sa cu părinţii şi este relativ independent de influenţele genetice (Fonagy, 2001; Fonagy et al –, 1991 a, 1991 b). Modelele mintale de ataşament ale viitorilor părinţi prezic modelele consecutive de ataşament

între copil şi mamă, respectiv între copil şi tată. Fiecare părinte are un model intern operativ de relaţionare care pare să determine capacitatea acestuia de a genera ataşamente securizante copiilor – în opoziţie cu nesigure. Mai mult decât atât, capacitatea mamei de a se reflecta în starea mintală a unei alte fiinţe umane se pare că are rol predictiv în relaţia în evoluţie dintre copil şi părinte. Părinţii care folosesc constructe de tipul reprezentărilor interne ale relaţiilor de ataşament au o probabilitate de 3 – 4 ori mai mare de a securiza copiii, decât părinţii a căror capacitate reflexivă este săracă.

Această cercetare asupra traumei şi ataşamentului ne poate ajuta să înţelegem unele dintre dificultăţile întâmpinate de pacienţii sever traumatizaţi ca rezultat al capacităţii lor reduse de a gândi reflexiv asupra propriei persoane şi asupra experienţelor relaţionale. Aceşti pacienţi fac faţă intolerabilei perspective de a reflecta la starea mintală a călăilor lor prin ruperea defensivă a descrierii sentimentelor şi gândurilor (Fonagy, 1998). Cercetările asupra ataşamentului confirmă şi cei patru factori ai lui Kluft, sugerând posibilitatea încurajatoare ca victimele abuzurilor care pot mentaliza sau care au capacitatea de a înţelege natura reprezentaţională a gândirii lor şi a altora, adesea cu ajutorul unui adult grijuliu, să poată evita dezvoltarea unei psihopatologii severe.

Comportamentele autodistructive ale pacienţilor cu TID cer o explicaţie psihodinamică. Revictimizarea este un model comportamental pe care pacienţii cu TID îl împărtăşesc cu alte victime ale incestului şi ale abuzului în copilărie (Browne şi Finkelhor, 1986; Van der Kolk, 1989). Violul, prostituţia şi exploatarea sexuală de către terapeuţi apar mai frecvent la victimele incestului decât la alţi pacienţi. Există unele diferenţe legate de sex în acest model al recreării victimizării. Bărbaţii şi băieţii abuzaţi

tind să se identifice cu agresorul lor şi fac din alţii victimele lor în viaţa adultă, în timp ce femeile abuzate se ataşează de bărbaţi abuzivi şi permit ca ele şi copiii lor să fie victime în continuare (Carmen et al., 1984).

Adesea, copiii care cresc în mijlocul unor familii în care părinţii abuzează de ei nu au persoane apropiate de care să se poată ataşa pentru a atenua trauma. În absenţa unor asemenea persoane, victimele se întorc spre abuzatorii lor (Van der Kolk, 1989), iar acest model al relaţiei de obiect persistă şi în viaţa adultă, când îşi vor căuta parteneri care să continue „dansul" stabilit de ei în copilărie. Copiii abuzaţi încep să creadă că un părinte abuziv este mai bun decât deloc. Predictibilitatea unor asemenea relaţii îi ajută să se apere împotriva ameninţării abandonului: nu mai e dracul aşa de negru dacă ştii cum arată. Repetiţia relaţiilor traumatice este şi ea un exemplu de încercare de a controla activ traumele trăite pasiv. Victimele încearcă să aibă mai mult control asupra a ceea ce nu puteau controla deloc în copilărie.

Dimensiunile intergeneraţionale ale abuzului sexual simt bine cunoscute (Carmen et al., 1984; Gelinas, 1986; Van der Kolk, 1989).

Părinţii care îşi abuzează copiii tind să fie şi ei victime ale unor abuzuri, în multe cazuri, aceşti părinţi sunt afectaţi de faptul că inocenţa le-a fost furată la o vârstă atât de tânără. Pot fi profund invidioşi pe inocenţa propriilor copii şi astfel, prin abuzarea propriilor copii, atacă şi strică ceea ce le-a fost stricat şi lor (Grotstein, 1992).

Când pacienţii cu TID îşi amintesc abuzul sexual din copilărie, se învinovăţesc adesea pentru ceea ce li s-a întâmplat. Îi putem auzi numindu-se „târfe" care merită ceea ce au primit. În copilărie, cei mai mulţi credeau că au primit o asemenea pedeapsă pentru că au fost răi sau pentru ca s-au purtat greşit. Deşi într-o anumită măsură

vinovăţia şi ruşinea pot fi explicate prin identificarea introiectivă cu părinţii „răi”, autoînvinovăţirea poate fi şi ea înţeleasă ca o încercare disperată de a da un sens acelei situaţii îngrozitoare. Dacă îşi menţin o bună capacitate de mentalizare, pot da un sens situaţiei, convingându-se singuri că părinţii lor sunt oameni buni, care pun mai presus de orice interesele copiilor lor. Faptul că părinţii îi tratau în acel fel înseamnă că ei erau răi şi o meritau. Când clinicienii au încercat să convingă aceşti pacienţi că ceea ce s-a întâmplat nu a fost vina lor, pacienţii se simţeau neînţeleşi. Aici poate fi vorba de un aspect adaptativ la această postură, a victimelor abuzurilor, deoarece locul controlului este perceput ca intern mai degrabă decât extern şi, ca rezultat, apare un sentiment mai diminuat de neputinţă (Van der Kolk, 1989).

Există o tendinţă generală în literatura despre TID de a acorda importanţă felului în care disocierea este diferită de clivaj. Yoting (1988) notează că personalităţile alternative nu se polarizează în jurul unor stări contradictorii ale Eului, ci mai degrabă au multe caracteristici de suprapunere. Marmer (1991) a afirmat că dacă în disociere Sinele este clivat mai mult decât obiectele, reversul este valabil în tulburarea de personalitate borderline. Kluft (1991 d) a subliniat faptul că disocierea diferă de clivaj în trei feluri: mai întâi, este asociată cu un proces psihobiologic de comutare; în al doilea rând, stările diferite care rezultă au caracteristici psihofiziologice semnificativ diferite; şi, în cele din urmă, bariere amnestice sunt construite adesea între identităţile alternative. Davies şi Frawley (1992) au făcut distincţia între disociere şi clivaj, afirmând că prima implică o scindare a stărilor Eului, în timp ce ultimul implică o separare a obiectului bun de obiectul rău – fapt subliniat şi de Kluft (1991 a).

O examinare atentă a mecanismelor disocierii şi

clivării sugerează faptul că au atât asemănări, cât şi deosebiri (P. Lerner, „Câteva consideraţii asupra disocierii”, manuscris nepublicat, 1992). Ambele simt caracterizate de separare activă şi compartimentalizare a conţinuturilor mintale. Ambele sunt folosite pentru a ţine la distanţă sentimentele şi experienţele neplăcute. Ambele subminează formarea unui simţ al Sinelui armonios şi continuu. Pe de altă parte, disocierea şi clivajul diferă în termeni de funcţie a Eului care este afectată. Kemberg (1975) a arătat că toleranţa la anxietate şi frustrare şi controlul impulsului sunt cu precădere lezate în clivaj. Prin contrast, în disociere sunt afectate memoria şi conştiinţa. În ultimă instanţă, disocierea este un mecanism mai vast decât clivajul – în disociere apar o sumedenie de divizări, nu simple separări în extreme polarizate cu valenţă afectivă.

Literatura care priveşte disocierea ce apare în TID este centrată aproape exclusiv pe divizări ale Sinelui, neglijând divizarea corespunzătoare a obiectelor asociate cu reprezentările Sinelui. Fairbairn (1940/1952) a fost primul care a insistat asupra faptului că de fapt copilul internalizează nu un obiect, ci o relaţie de obiect. Davies şi Frawley (1992) au luat în considerare acest aspect atunci când au arătat că disocierea este nu doar o apărare, ci şi un proces care protejează şi păstrează întreaga lume a obiectelor interne ale copilului abuzat într-o formă clivată. Grotstein (1992), urmându-l pe Fairbairn, ajunge la concluzii asemănătoare:

Toate clivajele mintale sunt bazate în ultimă instanţă pe divizarea percepţiilor şi a experienţelor în raport cu obiectele – şi a Sinelui legat de fiecare dintre ele. Astfel, disocierea care este caracteristica tulburării de personalitate multiplă constituie, din acest punct de vedere, o divizare a Eului în clivaje

verticale bazate pe corespunzătoare clivaje verticale în experienţele incompatibile ale obiectului, (p. 68)

Una dintre implicaţiile practice ale acestei conceptualizări este aceea că fiecare identitate alternativă prezintă un Sine în relaţia cu un obiect intern fantasmat. Brenner (2001) arată că aceste constelaţii ale Sinelui, ale Sinelui intern şi ale relaţiilor de obiect pot corespunde şi unor niveluri diferite ale patologiei caracteriale. El a postulat un continuum al acestor niveluri caracterologice cu nivelul mai de jos al caracterului disociativ reprezentând clasicul pacient cu „personalitate multiplă". Un nivel intermediar al caracterului disociativ are un set mai integrat de funcţii intra-psihice. El a mai remarcat şi că există un nivel superior al caracterului disociativ, în care stările alterate ale conştiinţei dau naştere unor tulburări de identitate minime.

10.2.2. Consideraţii asupra tratamentului

Psihoterapia pacienţilor cu TID sau cu alte tulburări disociative este în general lungă şi dificilă. Nu există o terapie scurtă adaptată acestor afecţiuni. Pentru a avea succes, psihoterapia TID trebuie să înceapă prin stabilirea unui cadru de tratament ferm şi securizant. Datorită istoricului de abuz în copilărie al acestor pacienţi, detalii de tipul lungimii şedinţelor, plăţii acestora, orarului şedinţelor şi folosirii cuvintelor mai degrabă decât a atingerii trebuie bine stabilite de la început. O alianţă terapeutică puternică este crucială pentru continuarea tratamentului, iar aceasta poate fi obţinută mai uşor dacă empatizăm cu experienţa subiectivă a pacienţilor în timpul fazei de deschidere a terapiei.

O temă comună a pacienţilor care au prezentat traume în copilărie, mai ales a victimelor incestului, este

dificultatea de a discerne cine ce face şi pentru cine. De exemplu, o fată care a avut o relaţie incestuoasă cu tatăl ei începe să se vadă în rolul de persoană care gratifică nevoile tatălui. Tatăl ei poate considera că îşi învaţă fiica ceva. În plus, fiica poate simţi că este foarte specială pentru tatăl ei, întrucât acesta a ales-o ca unic obiect al dorinţei lui. În acelaşi timp, ea poate resimţi un conflict puternic din cauza unor asemenea sentimente. Ea se aşteaptă ca părinţii să fie atenţi la nevoile copiilor lor, însă experienţa ei dovedeşte contrariul. Ea simte că trebuie să se adapteze nevoilor părinţilor. Va începe psihoterapia cu aceeaşi senzaţie de confuzie: cine face ce, pentru cine în cadrul terapeutic?

O asemenea pacientă ar fi desigur sceptică faţă de ideea că terapeutul este acolo pentru a o ajuta sau pentru a avea grijă de ea. Poate exista multă neîncredere faţă de ce se va întâmpla cu adevărat, dacă ea se va apăra şi impune. Poate că ea va încerca doar să-şi imagineze ce vrea terapeutul şi va încerca să-i satisfacă lui nevoile, nu pe ale ei.

Cea mai importantă provocare a terapeutului este aceea de a stimula simţul puterii de sine a pacientului. Cu alte cuvinte, terapeutul trebuie să ajute pacientul să recunoască faptul că recreează activ modele din trecut în prezent. Într-o recentă reexaminare a d-nei Emmy von N, subiectul primului caz de isterie publicat de Freud, Bromberg (1996) a făcut următoarea observaţie: „Nu tratăm pacienţi precum Emmy pentru a-i vindeca de ceva ce li s-a făcut în trecut; încercăm mai degrabă să-i vindecăm de ceea ce continuă să-şi facă lor înşişi şi altora, pentru a învinge ceea ce li s-a făcut în trecut” (p. 70).

Intervenţiile interpretative trebuie folosite cu economie în cazul pacienţilor cu TID, mai ales în fazele incipiente ale terapiei. Pacienţii traumatizaţi trăiesc adesea interpretările ca o provocare a simţului lor al

realităţii (Gabbard 1997). Deşi interpretarea patologiei bazate pe conflict se învârte în jurul unei semnificaţii ascunse pe care terapeutul încearcă să i-o dezvăluie pacientului, pacientul sever traumatizat se simte adesea retraumatizat şi invalidat de această abordare. Killingmo (1989) a recomandat intervenţiile afirmative pentru a îndepărta îndoielile acestor pacienţi. Afirmaţia că pacienţii au dreptul să simtă ceea ce simt poate servi la construirea unei alianţe solide, creându-se în acest fel un climat în care interpretările pot fi auzite şi evaluate.

Există un larg consens printre clinicienii care scriu despre tratamentul TID, şi anume acela că o bază principială solidă în psihoterapia psihodinamică este esenţială pentru succesul tratamentului (Allen, 2001; Ganaway, 1989; Kluft, 1991 b; Loewenstein şi Ross, 1992; Marmer, 1991). Doar catharsisul şi abreacţia nu vor avea ca rezultat integrarea sau recuperarea. De fapt, repetarea traumei la nesfârşit în terapie poate chiar accentua preocuparea pacientului cu trauma şi fixarea pe ea (Van der Kolk, 1989). Fără o înţelegere completă a principiilor psihodinamice, terapia poate ajunge în impasul de „status abreacticus” (Ganaway, 1992).

Atenţia la conceptele psihodinamice precum transferul, rezistenţa, contratransferul şi perlaborarea este necesară pentru a ajunge la o recuperare satisfăcătoare. O caracteristică a tratamentului pacienţilor cu TID este aceea că sunt extrem de loiali obiectului intern şi rezistenţi la renunţarea la acest ataşament prin procesele de integrare şi doliu. Este necesară o intensă perlaborare pentru slăbirea legăturii tenace cu acest puternic obiect introiectat. Clinicienii trebuie să-şi amintească faptul că în multe cazuri de traume în copilărie abuzatorul poate fi un părinte sau o altă persoană apropiată care are grijă de el, spre care copilul se îndrepta căutând protecţie şi siguranţă (Allen, 2001)!

Când un pacient cu TID prezintă diferite identităţi în cadrul clinic, terapeutul trebuie să le trateze efectiv ca pe aspecte ale unei singure persoane. Mai mult, terapeutul trebuie să fie atent la momentul în care o identitate alternează cu alta şi să încerce să analizeze cu pacientul ce anume a precipitat această comutare. Disocierea în contextul terapiei este în general o fugă defensivă de ceva care produce durere sau anxietate. Această nevoie de a fugi îi poate fi conştientizată în ultimă instanţă pacientului.

Terapia psihodinamică a pacienţilor cu tulburări disociative severe este adesea compromisă de lipsa de mentalizare a acestora. Gândirea lor poate fi blocată într-un mod psihic de echivalenţă şi ar putea să nu fie capabili să simtă natura de „ca şi cum" a transferului. Cu alte cuvinte, pacienţii cu TID ar putea să nu fie capabili să facă diferenţa între percepţia terapeutului ca o reprezentare şi felul în care este el în realitate. Ei încep să creadă că percepţiile lor sunt mai degrabă fapte absolute decât idei cu care se pot „juca" şi care pot fi înţelese. Mai mult, percepţia asupra propriilor persoane poate fi „blocată" în acelaşi fel; rolul lor ca victime pasive ale traumei poate fi privit ca „de bază" (Gabbard, 1997).

Dimensiuni contratransferenţiale

Puţine afecţiuni creează reacţii contratransferenţiale de intensitatea celor întâlnite la pacienţii cu TID. Ganzarain şi Buchele (1988) au subliniat faptul că acasă victimele incestului sunt tratate adesea fie ca favoriţi, fie ca obiecte ale violenţei şi sadismului. Reacţii la fel de intense, polarizate în aceleaşi direcţii, apar în tratamentul pacienţilor adulţi cu TID. Mare parte a reacţiei emoţionale la aceşti pacienţi este asociată cu o dialectică ce implică credinţa în opoziţie cu scepticismul. La o extremă, mulţi psihiatri clinicieni tot nu cred că TID este pur şi simplu o boală psihiatrică. Unii clinicieni consideră afecţiunea creată iatrogen de terapeuţii creduli care folosesc greşit

hipnoza.

La cealaltă extremă, unii terapeuţi cred fără discernământ tot ceea ce le spun pacienţii cu TID, indiferent cât de ciudat sună. Ei încep să fie fascinaţi de această boală şi îşi pierd complet simţul măsurii profesionale. Încearcă să iubească pacientul pentru a-l însănătoşi şi pentru a fi un părinte mai bun decât părinţii lui. Ei pot aborda pacienţii cu o mentalitate de „chimney sweeping" a nesfârşitei forţări a abreacţiei amintirilor traumatice, cu speranţa naivă că pacientul va fi bine odată ce l-au „curăţat". Următoarea vinietă terapeutică ilustrează acest model:

Dna P era o femeie de 26 de ani cu TID, care fusese trimisă unei secţii specializate în tulburări disociative după ce urmase o terapie timp de un an cu un terapeut bărbat, care nu raportase nicio ameliorare în suicidalitatea şi tendinţa la automutilare a pacientei, în ciuda tratamentului. Frecvenţa terapiei fusese de 5 – 6 şedinţe pe săptămână, pe parcursul anului de tratament. Când pacienta a avut nevoie de spitalizare, terapeutul a petrecut ore întregi cu pacienta într-o cameră izolată, abreacţionând amintirile traumei din trecut. A permis ca nota de plată a pacientei să se mărească până la câteva mii de dolari, pentru că nu îi ceruse să plătească timp de mai multe luni. Terapeutul a mai mărturisit că el şi pacienta scriau împreună o carte despre tratament.

După spitalizarea d-nei P în secţia de tulburări disociative la care fusese trimisă, ea a început să dea la iveală poveşti oribile despre abuzul cultului satanic asupra ei în trecut. A furnizat detalii sinistre despre sacrificii umane şi a avut reacţii afective

puternice la care nu puteai să nu te uiţi. Şi-a „amintit” că a fost „animal de prăsuă” pentru cult, pentru ca acesta să aibă copii de sacrificat. A spus că, după ce a născut copiii, membrii cultului i-au tocat prin maşina de tocat carne şi i-au amestecat cu pământul folosit în grădina lor pentru a nu se putea găsi dovezi despre crimă. Când d-nei P i s-a făcut un examen ginecologic, s-a descoperit că nu născuse niciodată.

Medicul însărcinat cu tratamentul d-nei P a chemat terapeutul ei anterior pentru a-i arăta ce a descoperit. Cu toate acestea, terapeutul a ignorat dovada ginecologică şi a spus că este foarte important pentru personal să o creadă pe aceasta. A mai spus că dacă personalul nu crede ce spune ea, nu face altceva decât să repete trauma din trecut, atunci când adulţii nu îi credeau poveştile despre abuz.

Întrebarea dacă amintirile traumei sunt corecte se poate polariza într-o controversă „sau/său” care ignoră marea zonă de mijloc în care acţionează clinicienii abili, specializaţi în psihodinamică. Cei mai mulţi pacienţi abuzaţi au amintiri foarte clare şi persistente pe toată durata vieţii şi, în aceste cazuri, terapeutul poate empatiza cu experienţele lor şi poate explora sensurile personale specifice ale traumei.

Când amintirile revin în timpul terapiei, terapeutul şi pacientul pur şi simplu nu ştiu cât de exacte sunt. Cercetări amănunţite au sugerat că memoria nu este o înregistrare fixă a experienţei, inextricabil prinsă în minte, aşa cum un eveniment este surprins pe pelicula de film. Într-adevăr, noi sinteze proteice apar de fiecare dată când o amintire a unei experienţe este regăsită (Ledoux, 2002). Revenirea unei amintiri seamănă mai mult cu o producţie

teatrală în care fiecare reprezentaţie diferă puţin de cea anterioară. Nu există o pură recapitulare sau retrăire a trecutului, doar reconstrucţii bazate pe semnificaţiile individuale pe care pacientul le atribuie evenimentului (Edelman, 1992; Modell, 1996; Novick şi Novick, 1994).

Amintirile pot fi reale, dar inexacte (Barclay, 1986). Aşa cum au sugerat Spiegel şi Scheflin (1994), o amintire poate avea detalii false, dar poate avea totuşi ca sursă un incident real. Percepţia şi memoria sunt întotdeauna procese active de construire. Nu ne putem imagina o amintire care să nu fie influenţată de observator. De aceea, există un spectru mai larg de acurateţe al amintirilor observate clinic, care merg de la amintiri complet false induse de terapeuţi fie slab pregătiţi, fie lipsiţi de limite până la amintiri de o acurateţe rezonabilă, ale căror detalii sunt mai mult sau mai puţin intacte (v. Tabelul 10 – 1). Între aceste două extreme găsim un continuum care implică diverse grade de acurateţe (Allen, 1995).

În lucrarea lui din 1914, *Amintirea, repetarea şi perlaborarea,* Freud nota că ceea ce pacientul nu îşi poate aminti este repetat în cadrul analitic (Freud 1914/1958). El se referea la modele ale relaţiilor de obiect inconştiente, internalizate, care se dezvăluie în faţa ochilor analistului, deoarece pacientul nu şi le aminteşte şi nu poate vorbi despre ele.

Diferenţele dintre sistemele memoriei implicite versus ale memoriei explicite şi dintre sistemele memoriei procedurale versus ale memoriei

Tabel 10 – 1. Spectrul de acurateţe al amintirilor traumei.

Cu istoric de traumă

Continue/clare, cu confirmare

Întârzia te/fragmentate, cu confirmare

Continue/clare, fără confirmare

Întârziate/fragmentate, fără confirmare

Exagerate/ distorsionate

Fără istoric de trauma

False amintiri – reconstruite de pacient

False amintiri – sugerate de terapeut

Sursă, **Bazat pe Allen, 1995** declarative sunt relevante pentru observaţiile lui Freud (Clyman, 1991; Squire, 1992). Aşa cum am arătat în Capitolul 1, memoria explicit-declarativă implică poveşti autobiografice din viaţa cuiva. Când trauma are loc înainte de vârsta de 3 – 4 ani, este posibil să nu fie amintită în sistemul memoriei explicite, dar poate fi codată în sistemul memoriei procedurale implicite (v. Tabelul 1 – 1 din Capitolul 1). Trauma care are loc după vârsta de 4 ani este reţinută de obicei, într-o oarecare măsură, în memoria explicită, deşi cercetările arată că unii adulţi nu simt capabili să-şi amintească abuzul sexual din copilărie sau alte traume pe perioade foarte lungi Allen, 2001; Brown et al., 1998; Williams, 1994).

Repunerile în act traumatice par să fie declanşate de memoria procedurală implicită (Siegal, 1995). În această categorie sunt incluse multe puneri în act de transfer-contratransfer la care se referea Freud când spunea că amintirile sunt mai degrabă repetate decât verbalizate. Cu alte cuvinte, relaţiile de obiect intern inconştient sunt

stocate în sistemul memoriei implicite şi apar în terapie în modul în care pacientul relaţionează cu terapeutul Gabbard, 1997; Target, 1998). De aceea, tipul de date care se dezvăluie în drama psihologică dintre terapeut şi pacient nu este uşor de obţinut prin alte mijloace. Prin intermediul proiecţiei şi introiecţiei dintre terapeut şi pacient, terapeutul are o perspectivă unică asupra trecutului pacientului şi a lumii sale interioare. Deşi terapeutul nu poate şti cu siguranţă dacă amintirile implicite care ies la iveală în relaţia dintre terapeut şi pacient oferă o privire plină de acurateţe asupra a ceea ce s-a întâmplat în copilăria pacientului, asemenea amintiri pot măcar să arate ce a trăit copilul în acea perioadă, inclusiv fantasmele lui despre interacţiuni.

Cu această nouă înţelegere a memoriei, considerăm acum cercetarea arheologică a unor relicve convingătoare din trecutul îngropat a fi o strategie greşită în terapie. Această abordare este adesea o formă de convenţie contratransferenţială cu pacientul pentru evitarea exprimării directe a agresivităţii sau mâniei acestuia faţă de terapeut şi a identificării terapeutului cu introiectul abuziv, fenomen pe care l-am numit „desidentificarea cu agresorul” (Gabbard, 1997, p. 7). Folosirea unei asemenea abordări poate presa pacientul să vină cu amintiri ale abuzului care pot reflecta de fapt doar senzaţia inconştientă a pacientului că este invadat de terapeut (Brenneis, 1997). Altă dificultate apărută din cauza stimulării pacientului să îşi reamintească diverse lucruri este aceea că, în cazurile de detaşare disociativă, amintirea este posibil să nici nu fi fost codată, aşa încât ceea se se regăseşte este o amintire confabulată sau construită, asociată cu efortul pacientului de a mulţumi terapeutul prin producerea unui material semnificativ pentru tratament.

Mai mult, o schimbare în memoria autobiografică sau

explicit declarativă nu pare să fie necesară pentru progresul terapeutic. Terapeutul observă şi interpretează punerile în act inconştiente alimentate de modele la fel de inconştiente ale relaţiilor de obiect intern. Amintirile coerente cu aceste modele pot fi activate secundar, dar reîntoarcerea lor este mai bine de văzut ca un simplu epifenomen, iar acurateţea lor este imposibil de certificat (Fonagy şi Target, 1997; Gabbard, 1997). Ceea ce pare să fie critic este schimbarea modului de a trăi cu sine şi cu ceilalţi, ca rezultat al insight-ului pacientului asupra acestor modele anterior inconştiente. În plus, pot apărea inconştient schimbări, atunci când interacţiunea cu terapeutul este internalizată.

Terapeutul trebuie să lămurească pacientul că recuperarea amintirilor traumatice nu este scopul psihoterapiei. Disfuncţia memoriei tipică pacienţilor cu tulburări disociative face din aceştia nişte subiecţi prea puţin doriţi de terapiile centrate pe recuperarea memoriei. Un scop mult mai rezonabil este să ajutăm pacienţii să-şi recupereze funcţiile mintale normale, mai ales capacitatea de a reflecta şi de a mentaliza, pentru a putea să dezvolte o reprezentare mult mai coerentă a lor înşişi şi a altora. În contextul unei relaţii de ataşament puternic cu terapeutul, pacientul traumatizat poate beneficia de pe urma capacităţii terapeutului de a reflecta la ceea ce se întâmplă între ei. În cele din urmă, pacienţii pot internaliza procesul reflexiv al terapeutului şi pot deveni capabili să readucă aspecte disociate ale lor în conştient, pentru a trăi un sentiment intens de continuitate. Integrarea personalităţilor alternative este posibilă numai în puţine cazuri de TID.

Terapeutul trebuie să evite rolul de „arbitru al adevărului istoric”. Ceea ce îşi amintesc pacienţii este întotdeauna un amestec de realitate şi fantasmă (Arlow, 1969; Gediman, 1991; Grotstein, 1992). Terapeuţii trebuie

să asculte materialul cu o atitudine necritica, plină de curiozitate, şi fără să fie constrânşi să dea un verdict de adevăr absolut sau fals spuselor pacientului. Kluft (1988) a avertizat clinicienii să evite „expresia de fascinaţie, surpriză, încântare, disperare, neîncredere sau exprimarea oricărei opinii care ar putea determina personalităţile alternative să simtă nevoia de a-şi demonstra autenticitatea” (p. 53).

Un mod util de a privi dezvoltarea transferului-contratransferului în psihoterapia TID este conceptualizarea lor ca episoade ale unei drame în desfăşurare cu patru personaje principale: o victimă, un abuzator, un salvator omnipotent idealizat şi o mamă neimplicată (Davies şi Frawley, 1992; Gabbard, 1992). Aceste caractere oscilează în diferite perechi complementare între pacient şi terapeut în timpul punerilor în act transferenţial-contratransferenţiale care se dezvoltă în psihoterapie. Primele trei personaje din distribuţie – victima, abuzatorul şi salvatorul omnipotent idealizat – interacţionează după un model predictibil care reprezintă o convergenţă a contratransferului în sens restrâns şi contratransferului în sens larg via identificare proiectivă. Atunci când istoria unei victimizări erupe într-un pacient, ceva puternic stârneşte sentimente de compasiune în terapeuţi, care-i fac să încerce să repare vătămarea, devenind părinţii buni pe care pacientul nu i-a avut.

Această paradigmă salvator-victimă cu care începe adesea psihoterapia este încărcată de probleme. Pacientul probabil că nu va vedea motivele terapeutului în acelaşi fel ca el. Pacienţii abuzaţi în copilărie presupun adesea că oricine va abuza de ei, pentru că nu au niciun motiv să gândească altfel. Din această perspectivă, pacienţii sunt inevitabil neîncrezători la asigurările terapeuţilor care afirmă că nu îşi vor abuza niciodată pacienţii. Asigurările

repetate îi vor face poate pe terapeuţi să se simtă mai bine, dar rareori pe pacienţi. Profesiile care implică îngrijirea cuiva sunt principial suspecte la pacienţii care au fost exploataţi sub pretextul că sunt iubiţi.

Cei mai mulţi pacienţi cu TID nu au beneficiat de dezvoltarea în graniţe generaţionale şi limite întărite de părinţi eficienţi şi grijulii. Ei trăiesc adesea graniţele profesionale ale situaţiei terapeutice ca forme crude de constrângere şi control. Pot cere dovezi de afecţiune, cum ar fi prelungirea şedinţelor, contactul fizic, confidenţe din partea terapeutului, disponibilitatea fără limite a acestuia. Dacă terapeutul începe să „facă ore suplimentare" pentru a-i satisface cererile, eforturile lui vor fi zadarnice. Încercarea de a deveni un substitut de părinte scurtcircuitează nevoia pacientului de a face doliu şi ridică false speranţe că o relaţie parentală este realizabilă doar dacă pacientul găseşte persoana potrivită.

Când terapeutul încearcă să gratifice cererea din ce în ce mai mare de dovezi de grijă a pacientului, sentimentul acestuia din urmă că are drepturi este activat Tratamentul celor mai mulţi pacienţi cu TID scoate la iveală mai devreme sau mai târziu convingerea lor ascunsă că sunt îndreptăţiţi la o compensaţie în prezent pentru abuzul suferit în trecut (Davies şi Frawley, 1992). Pentru că cererile devin din ce în ce mai numeroase, terapeutul se poate simţi în curând presat, Prin procesele de identificare proiectivă şi introiectivă, distribuţia personajelor s-a schimbat, terapeutul devenind o victimă, iar pacientul un abuzator. Introiecţiile abuzive sau răuvoitoare care se află în pacient au pus stăpânire pe el în timp ce Sinele-victimă al pacientului este proiectat în terapeut. Mai mult, terapeuţii pot crea un teren favorabil acestei identificări cu reprezentarea Sinelui pacientului/victimei, ca rezultat al sentimentelor de vinovăţie asociate resentimentelor lor din ce în ce mai mari şi sentimentului de ură faţă de pacient.

Pacienţii pot simţi dezvoltarea acestor sentimente şi îşi vor acuza terapeutul că nu îi pasă de ei. În efortul de a-şi nega resentimentele faţă de cererea de a face mult prea mult şi de a merge prea departe, terapeuţii încearcă şi mai asiduu să demonstreze că sunt bine intenţionaţi. În asemenea momente, terapeuţii pot simţi că au fost „descoperiţi" şi vor reacţiona încercând să-şi mascheze iritarea. Cunoaşterea propriilor limite poate fi cea mai bună soluţie terapeutică de a controla sentimentele de contratransfer atunci când lucrurile ajung în acest punct (Gabbard, 1986; Gabbard şi Wilkinson, 1994).

Al treilea act al dramei se derulează în anumite situaţii, când cererile din ce în ce mai mari ale pacientului sunt acompaniate de eforturi din ce în ce mai mari ale terapeutului de a le gratifica. De pe culmile disperării date de eşecul eforturilor terapeutice, terapeuţii pot recurge la încălcări drastice ale limitelor cu pacientul, lucru care, de fapt, va repeta abuzul din copilărie. Terapeutul a devenit abuzatorul, pacientul aflându-se încă o dată în rolul de victimă. Cea mai tragică – şi, din nefericire, cea mai frecventă – manifestare a acestei a treia paradigme este contactul sexual deschis între terapeut şi pacient. Alte exemple comune sunt abuzul verbal sadic al pacientului, încercarea de a alina pacientul ţinându-l pe genunchi şi „reparentarea" pacientului, acceptarea pacientului în ieşirile de familie ale terapeutului şi aşa mai departe, în asemenea situaţii, furia terapeutului faţă de faptul că i s-a opus rezistenţă este adesea complet negată. Ceea ce a început ca o acţiune de salvare a sfârşit ca o repunere în act a exploatării şi abuzului.

Mulţi pacienţi cu TID au o formă de neputinţă învăţată, prin care cred că niciun efort pe care l-ar face nu le-ar putea schimba soarta. Ei presupun că, odată prinşi în capcană, nu mai au scăpare. Aceşti pacienţi nu au simţul controlului şi nici nu ştiu să ceară ajutor. În acest sens, ei

sunt ceea ce Kluft (1990) a numit „raţe care clocesc”, desemnând toate formele de abuz şi de violare a limitelor de către terapeuţi care se folosesc de pacienţi pentru a-şi gratifica propriile nevoi.

Cele trei roluri, de victimă, abuzator şi salvator omnipotent idealizat, sunt cele mai dramatice şi mai evidente manifestări ale proceselor de introiecţie-proiecţie desfăşurate în terapia cu pacienţii cu TID. Cel de-al patrulea rol, al mamei neimplicate, se manifestă într-un fel mult mai subtil (Gabbard, 1992). Pacienţii vor percepe adesea această *persona* în tăcerea terapeutului, care este interpretată ca indiferenţă şi respingere. Ca răspuns la această percepţie a indiferenţei, pacientul va avea un sentiment de-a-nu-ţi – sentiment descris de Bigras şi Biggs (1990) ca „incest negativ” –, o senzaţie de gol sau de moarte legată de o mamă absentă care nu a încercat să intervină în relaţia incestuoasă dintre soţul şi fiica ei.

Senzaţiile de moarte sau de gol trăite de pacient pot da naştere unor senzaţii complementare de neputinţă şi disperare la terapeut. Pot exista lungi perioade în psihoterapie în care pacientul rămâne distant faţă de terapeut şi evocă în contratransfer sentimente de moarte sau de-a-nu-ţi (Levine, 1990; Lisman-Pieczański, 1990).

Următoarea vinietă terapeutică extrasă dintr-o şedinţă cu un pacient cu TID descrie identificarea contratransferenţială cu mama neimplicată:

Dna Q: Dacă aş putea pur şi simplu să plec din spitalul ăsta blestemat, totul ar merge bine. Singura mea problemă este că urăsc să fiu închisă aşa, îmi vine să mă mutilez.

Terapeutul: Mă întreb totuşi dacă privarea de libertate este într-adevăr singura dumneavoastră problemă. Sunt sigur ca vă mutilaţi destul de mult şi

înainte de a veni la spital.

Dna Q: Dar am nevoie să îmi văd soţul şi copiii. Nu înţelegeţi? Nu vor fi lăsaţi să mă viziteze aici

Terapeutul: Ultima dată când v-au vizitat aici, aţi avut apoi o tentativă serioasă de sinucidere.

Dna Q *(blândă):* **Am vrut să-mi tai artera de la mână şi să termin cu toate.**

Terapeutul: Păi, atunci, îmi imaginez că personalul spitalului n-ar dori să părăsiţi structura şi spaţiul protejat al spitalului.

Dna Q; Am nevoie să încerc să ies de aici o perioadă. Mă gândesc că, dacă aş putea sta cu familia, în afara spitalului, mi-ar fi bine.

Terapeutul: Ce veţi face dacă anxietatea vă va copleşi şi veţi simţi nevoia să vă mutilaţi?

Dna Q *(foarte serioasă):* **Aş putea să beau o bere sau două ca să mă liniştesc.**

Terapeutul: Este foarte important să vedeţi că problemele dumneavoastră nu sunt exterioare. Purtaţi cu dumneavoastră problemele oriunde v-aţi duce şi, indiferent dacă sunteţi închisă într-un spital sau staţi acasă cu familia, tot nu veţi scăpa de ele. Până nu veţi face un efort ca să integraţi şi să înfruntaţi experienţele dureroase din trecut, veţi continua să vă mutilaţi şi să doriţi să vă sinucideţi.

Dna Q: Nu vreau să înfrunt durerea de a integra

personalităţile. N-aş putea suporta.

Terapeutul: Dar vă doare suficient acum. Poate fi mai rău?

Dna Q *(blând)* – Nu ştiu, dar nici nu vreau să aflu.

Pentru că terapeutul nu a ajuns nicăieri cu această linie de raţionament, a început să se simtă din ce în ce mai lipsit de puteri şi somnoros. Alături de această somnolenţă, a simţit că se îndepărta din ce în ce mai mult de pacientă. A început să se uite la ceas şi să-şi dorească să se termine mai repede. A început să se gândească la ce va face în ziua respectivă. Chiar i s-a părut că nu-i mai pasă dacă pacienta va fi bine sau nu. Pacienta părea şi ea că se îndepărtează din ce în ce mai mult de el. După ce a observat acest remarcabil gol empatie, terapeutul şi-a dat seama că devenea mama absentă şi neimplicată din copilăria pacientei. Eforturile lui de a ajuta fuseseră împiedicate şi avea im profund sentiment de disperare şi neputinţă, necrezând că se va mai putea schimba ceva. Se întreba dacă şi mama pacientei s-a simţit la fel când şi-a dat seama că a fost definitiv exclusă din legătura formată între fiica şi soţul ei, necrezând, la rândul ei, că va mai putea schimba ceva.

Răspunsurile contratransferenţiale cum este cel descris de terapeutul d-nei Q pot reflecta şi o identificare empatică cu sentimentul de-a-nu-ţi din centrul Sinelui pacientului, ca replică la distanta identificare maternă din pacient (Gabbard, 1992). Vine un moment în psihoterapia pacienţilor cu TID când cererile pacienţilor sunt atât de copleşitoare, încât terapeuţii se trezesc dorind ca aceştia

să dispară sau să se ducă la altcineva pentru tratament. În asemenea reacţii putem intui cu uşurinţă identificarea cu mama neimplicată, iar terapeuţii trebuie să ştie şi să fie atenţi la faptul că asemenea convenţii inconştiente pot duce la tentative de suicid din partea pacientului.

Stările primitive de moarte psihologică descrise în această paradigmă transferenţial-contratransferenţială pot avea legătură cu deprivarea maternă profundă care a compromis serios dezvoltarea simţului de sine la copil. În absenţa experienţei îngrijirilor şi mângâierilor materne, copilul s-ar putea să nu dezvolte sentimentul sigur al limitelor senzoriale. Automutilarea atât de frecventă la pacienţii cu TID poate fi înţeleasă ca un mod de restabilire a limitelor la graniţa pielii pentru a controla anxietatea declanşată de pierderea limitelor integre ale Eului. Ogden (1989) a caracterizat acest mod de a genera experienţă ca *poziţie autist-contiguă.* În această stare primitivă, procesul de atribuire de sens experienţei încetează. Terapeutul îi poate percepe pe pacienţii cu TID ca fiind atât de închişi în această stare primitivă, încât devin inabordabili. Terapeuţii pot trăi sentimente de neputinţă în faţa anxietăţii pacienţilor declanşate de lipsa de integritate a corpului secundară deprivării experienţei senzoriale intime cu mama.

Tratamentul în spital în funcţie de nivelul de organizare a Eului lor şi de gradul de comorbiditate, mulţi pacienţi cu TID vor avea nevoie de spitalizare la un anumit moment al psihoterapiei (Kluft, 1991 c).

Pacienţii cu TTD care se internează în secţiile de psihiatrie cu profil general intră adesea în rolul clasicului pacient „special” (Burnham, 1966; Gabbard, 1986). Ei sunt priviţi atât de membrii personalului, cât şi de ceilalţi pacienţi ca având relaţii speciale cu psihoterapeuţii lor şi devin adesea, în consecinţă, ţapi ispăşitori. Membrii mai sceptici ai personalului vor începe să se întrebe ce nume

să folosească pentru pacient, dacă istoria de abuz este validă, dacă pacienţii sunt responsabili pentru actele lor şi multe altele. Lucrurile se vor înrăutăţi dacă pacienţii ceilalţi vor reacţiona prin neîncredere şi dispreţ atunci când pacientul cu TID neagă un comportament la care ceilalţi au asistat.

Kluft (1991 c) aduce mai multe soluţii utile. Trebuie stabilit un acord cu pacientul încă de la începutul spitalizării, prin care acesta să consimtă un nume la care să răspundă în mediul spitalicesc. Pacientul trebuie informat să nu se aştepte ca personalul să răspundă în moduri diferite diverselor sale personalităţi atunci când acestea se vor manifesta. Doar terapeutul individual se va adresa diferit acestor personalităţi separate. Un pacient care nu poate încheia un contract în numele tuturor personalităţilor alternative trebuie structurat la nivelul personalităţii celei mai periculoase sau autodistructive. Acest acord evită confuzia inerentă a membrilor personalului asupra privilegiilor şi responsabilităţilor, având în vedere variabilitatea funcţionării diferitelor identităţi care alternează. Kluft (1991 c) arată că personalul îngrijitor trebuie să le explice continuu pacienţilor regulile şi politica, deoarece unele dintre identităţile alternative nu vor fi familiarizate cu ele.

10.3 Tulburarea de depersonalizare

Tulburarea de depersonalizare diferă semnificativ de alte tulburări disociative. Este caracterizată în general de experienţe recurente sau persistente de detaşare de procesele mintale şi corporale proprii, uneori pacienţii simţind că le observă din exterior. Testarea realităţii rămâne intactă, însă aceste experienţe produc un disconfort semnificativ şi, într-o anumită măsură, tulburări ale funcţionării sociale sau ocupaţionale.

Derealizarea este o parte obişnuită a tulburării de depersonalizare şi se referă specific la senzaţia de stranietate raportată la mediul propriu. Depersonalizarea poate lua o mulţime de forme, inclusiv senzaţia de înţepenire şi moarte a corpului sau aceea că anumite părţi ale corpului (cum ar fi mâinile şi picioarele) nu sunt conectate la restul corpului, senzaţia de detaşare de imaginea de sine, aşa încât persoana în cauză poate părea pentru sine nefamiliară şi senzaţia autoobservării de la distanţă (Gabbard şi Twemlow, 1984). Experienţa subiectivă a detaşamentului franc de corp este destul de puţin frecventă, de fapt, în depersonalizare apărând la doar 19 dintre pacienţii psihiatrici care au această afecţiune (Noyes et al., 1977). Cu toate că experienţele de tipul déjà vu sunt de obicei asociate cu depersonalizarea, ele sunt de fapt opusul depersonalizării şi trebuie considerate entităţi diferite (Nemiah, 1989). Cu alte cuvinte, în déjà vu, ceea ce este nou este trăit ca fiind familiar, în timp ce în depersonalizare ceea ce este familiar este trăit ca fiind nou sau ireal.

Criteriile DSM-IV-TR pun accentul pe persistenţă şi severitate, întrucât nu mai puţin de 50 din populaţia generală vor experimenta, la un moment dat, depersonalizarea (Nemiah, 1989). Alte trăsături demografice ale depersonalizării cuprind incidenţa de două ori mai mare la femei şi predominanţa la persoane sub 40 de ani (Nemiah, 1989). Depersonalizarea tranzitorie poate apărea ca reacţie la evenimente care pun viaţa în pericol, cum ar fi accidentele şi bolile grave (Gabbard şi Twemlow, 1984; Noyes et al., 1977; Steinberg, 1991). Poate exista o valoare de supravieţuire în dezvoltarea unui clivaj între Sinele observator şi Sinele participativ într-un moment de criză, aşa încât persoana în cauză să aibă detaşarea necesară pentru a se gândi cum să iasă din acea situaţie periculoasă.

Depersonalizarea este relativ rară ca boală în stare pură şi devine, mai frecvent, un simptom asociat cu alte afecţiuni, cum ar fi schizofrenia, TID, depresia sau tulburările de anxietate (Nemiah, 1989). Experienţa depersonalizării, ca simptom însoţitor sau nu, este de obicei neplăcută şi mobilizează afecte precum anxietatea, panica şi senzaţia de gol. Este resimţită patologică, bizară, ca un vis şi îi face adesea pe cei care o trăiesc să se adreseze medicului (Gabbard şi Twemlow, 1984). Depersonalizarea are o evoluţie cronică în aproape jumătate din cazuri, dar poate varia mult în termenii gradelor de disfuncţionalitate produse la indivizi (Steinberg, 1991).

Comorbiditatea pare să fie ceva obişnuit la pacienţii cu tulburare de depersonalizare. Într-un studiu efectuat pe 30 de pacienţi, prevalenţa pe durata vieţii a depresiei majore şi a fobiei sociale a fost de 53 pentru fiecare afecţiune în parte (Simeon et al., 1997). A fost remarcată şi o prevalenţă pe viaţă a tulburării de panică de 37. Tulburările de Axa II sunt şi ele frecvente la aceşti pacienţi, 30 având tulburare de personalitate evitantă, 27 borderline şi 23 obsesiv-compulsivă. În lotul total de pacienţi, 60 au prezentat cel puţin o tulburare de personalitate.

10.3.1 înţelegere psihodinamică

Deşi etiologia depersonalizării rămâne neclară în cele mai multe cazuri, explicaţiile psihodinamice inspirate din situaţiile de tratament s-au arătat utile clinic. Rosenfeld (1947/1966) a văzut depersonalizarea ca apărare „împotriva impulsurilor primitive distructive şi a anxietăţilor persecutorii provenind din poziţia schizoid-paranoidă. Blank (1954) privea depersonalizarea ca apărare împotriva anxietăţii primitive cu origine în furia

orală şi în deprivarea orală. Stamm (1962) a mers în direcţia lui Rosenfeld şi Blank în privinţa aspectelor profund regresive ale depersonalizării ca apărare, facobson (1959) a observat că identificările inacceptabile sunt refuzate prin negarea părţii indezirabile a Eului. Sarlin (1962) a împărtăşit vederile lui iscobson şi a subliniat faptul că depersonalizarea poate reflecta un conflict între părinţii pacientului, conflict internalizat sub forma a doua aspecte: onflictuale ale copilului. Arlow (1966) a văzut depersonalizarea ca mijloc defensiv de atribuire a impulsurilor interzise, într-o situaţie periculoasă, Sinelui participativ, care este perceput ca străin de Sinele observator. În acest fel, conflictul periculos este văzut ca având loc mai degrabă într-un străin decât în interiorul Sinelui.

Această dorinţă de a lua distanţă faţă de o situaţie periculoasă care intră în conflict cu identificarea predominantă a Eului poate fi foarte grăitoare în situaţiile în care depersonalizarea apare în contextul abuzului în copilărie.

Dra R era o femeie de 19 ani aflată în tratament psihiatric pentru suicidalitate cronică şi tendinţe automutilante incontrolabile. Fusese implicată în relaţii sexuale incestuoase cu tatăl ei vitreg de la vârsta de 8 ani, care încetaseră recent. Ea acuza frecvent momente de depersonalizare şi a putut identifica originile acesteia la vârsta de 8 ani, când a început acea relaţie sexuală. Când tatăl vitreg voia să aibă relaţii sexuale cu ea, anxietatea creată de contactul sexual era atât de mare, încât se vedea într-o poziţie detaşată, undeva în cameră, observând actul sexual ca spectator. Propriul corp îi părea ireal, ca un „manechin de cauciuc”.

Deşi depersonalizarea începuse în aceste circumstanţe incestuoase, ea a fost curând generalizată la orice situaţie în care stresul şi anxietatea erau mari, cum ar fi fost certurile din familie la masa de seară. Pe la vârsta de 19 ani, aceasta a devenit o stare cronică, în care pacienta se simţea ireală şi moartă în cea mai mare parte a timpului, îşi făcea tăieturi pe braţe pentru a se simţi uşurată de această stare de depersonalizare. Durerea tăieturilor era preferabilă stranietăţii pe care o trăia.

Funcţia defensivă a depersonalizării drei R poate fi definită în forma unei reasigurări interioare: „Nu eu trăiesc abuzul sexual. Nu este corpul meu, pentru că eu sunt acum în afara lui, în altă parte a camerei şi privesc ce i se întâmplă unei persoane străine”. Relaţiile sexuale cu tatăl ei vitreg puteau fi atribuite atunci unui Sine rău, degradat, care era clivat şi nu făcea parte din ea. Era, de asemenea, capabilă să se apere împotriva propriei plăceri instinctuale inerente în gratificarea dorinţei oedipale şi a triumfului asupra mamei ei.

Literatura arată că pacienţii cu tulburare de depersonalizare au rate ale traumei în copilărie ceva mai mari decât subiecţii nonpsihiatrici din grupul de control (Simeon et al., 1997), dar, spre deosebire de dra R, ei tind să fie mai puţin traumatizaţi decât pacienţii care suferă de alte tulburări disociative. Cu toate acestea, depersonalizarea este frecvent descrisă în momentele în care pacienţii abuzaţi în copilărie îşi amintesc detalii ale traumei lor. Comparând 49 de subiecţi cu tulburare de depersonalizare cu 26 de subiecţi sănătoşi, Simeon et al. (2001) au remarcat că abuzul emoţional în copilărie poate juca un rol în patogeneza tulburării de depersonalizare. Au

descoperit că trauma interpersonală din copilărie ca tot era înalt predictivă pentru depersonalizare ca simptom şi ca boală. Abuzul emoţional a părut să fie cel mai important factor predictiv.

10.3.2 Consideraţii asupra tratamentului

Discuţiile despre tratament trebuie să înceapă cu recunoaşterea faptului că depersonalizarea tranzitorie sau normală are nevoie de ceva mai puţin decât de reasigurare. În unele cazuri de depersonalizare cronică, pacienţii care s-au obişnuit cu boala nu vor simţi în mod deosebit nevoia de tratament (Steinberg, 1991; Torch, 1981). Dacă depersonalizarea este secundară unei boli mai importante, de fond, ameliorarea clinică a bolii de bază după un tratament adecvat poate rezolva şi problema depersonalizării.

Din păcate, tulburarea de depersonalizare ca afecţiune de primă linie este de obicei refractară la tratament. Într-un studiu efectuat pe 117 subiecţi care au îndeplinit criteriile pentru tulburare de depersonalizare, Simeon et al. (2003) au observat că boala era refractară atât la o varietate de medicamente, cât şi la psihoterapie. Deşi cei mai mulţi pacienţi care se află în psihoterapie semnalează o ameliorare în alte aspecte ale vieţii lor, nu manifestă în general o scădere semnificativă în simptomele de depersonalizare. Cu toate acestea, terapia dinamică este uneori utilă; uitându-i să identifice precipitanţii imediaţi şi semnificaţiile lor. Afectele negative, interacţiunile sociale percepute ca ameninţătoare şi stresul sunt factori comuni care duc ia accentuarea simptomelor Simeon et al., 2003). Aceşti factori pot fi exploraţi, iar adaptarea p pacienţilor la boală poate fi ca şi examinată. Atunci când identificările: onflictuale intră în acţiune, se pot purta discuţii productive despre rr. Odul în

care aceste identificări reflectă stresul din familia de origine.**11. Parafiliile şi disfuncţiile sexuale**

11.1 Parafiliile

Puţine tulburări psihiatrice sunt încărcate cu atât de multe conotaţii morale precum parafiliile. A determina că un individ este deviant în aria sexualităţii implică stabilirea unei norme clare pentru comportamentul sexual. Cine va stabili aceste norme? Trebuie oare ca psihiatria să fie gardianul moral al comportamentului sexual? Pot fi oare folosiţi termeni ca *deviaţie sexuală, perversiune* sau chiar *parafilie* fără să sune peiorativ?

Evoluţia definiţiei activităţii perverse revelează gradul în care nosologia psihiatrică oglindeşte societatea din care emană. În contextul unei culturi care a văzut sexualitatea normală în termeni relativ înguşti, Freud (1905/1953) a definit activitatea sexuală ca fiind perversă în funcţie de criteriile următoare: 1) se focalizează pe regiunile nongenitale ale corpului; 2) înlocuieşte mai degrabă decât coexistă cu practica standard a actului sexual genital cu un partener de sex opus; 3) tinde să fie practica sexuală exclusivă a individului. Freud a observat că urme de perversiune pot fi găsite virtual în oricine al cărui inconştient a fost subiectul explorării psihanalitice.

De la articolul timpuriu al lui Freud, atitudinile culturale despre sexualitate au suferit schimbări dramatice. Cum sexualitatea a devenit o arie legitimă pentru studiul ştiinţific, a devenit aparent faptul că cuplurile „normale" se angajează într-o varietate de comportamente sexuale. Relaţiile oral-genitale, de exemplu, au devenit larg acceptate ca un comportament sexual sănătos. Similar, homosexualitatea şi actul sexual anal au fost retrase de pe lista activităţilor perverse.

Scriitorii psihanalitici au confirmat în mod repetat

observaţia lui Freud că există un nucleu pervers latent în noi toţi (Chasseguet-Smirgel, 1983; Me-Dougall, 1980, 1986; Stoller, 1975, 1985). Astfel, o atitudine de mai multă acceptare în legătură cu sexualitatea perversă a însoţit progresele psihanalitice. Me-Dougall (1986) a evidenţiat faptul că fan-urnele perverse se găsesc cu regularitate în orice comportament sexual dar tind să producă puţine probleme, deoarece nu sunt resimţite riind compulsive. Ea a sugerat folosirea termenului neosexualitate r – r. Tru a reflecta natura inovatoare a practicii şi investiţia intensă are ai vidului în urmărirea ei. Ea a subliniat că clinicienii trebuie să fie – mpatiti cu pacienţii care resimt aceste cereri sexuale ca necesare pentru supravieţuirea lor emoţională. În viziunea ei, termenul de perversiune ar trebui rezervat pentru cazurile în care o persoană îşi impune dorinţele personale unui partener care nu doreşte să se implice în scenariul sexual ai acelui individ sau care seduce un individ fără discernământ, cum ar fi un copil sau un adult cu handicap mintal (Me-Dougall, 1995).

Stoller (1975, 1985) a susţinut o definiţie îngustată a activităţii: erverse. Referindu-se la perversiune ca la „forma erotică a urii” (1975, p. 4), el a afirmat că cruzimea şi dorinţa de a-l umili şi degrada pe rropriul partener sexual sunt determinanţii cruciali care determină dacă zn comportament este pervers. Din această perspectivă, intenţia individului este o variabilă critică în definirea perversiunii. Pe măsură ce viziunea sa a evoluat, Stoller (1985) a adăugat o altă dimensiune acestei definiţii. Recunoscând că în excitaţia sexuală normală există o. Irmă de ostilitate şi o dorinţă de a umili, el a tras concluzia că intimitatea este un factor critic de diferenţiere. Un individ este pervers numai atunci când actul erotic este folosit pentru a evita o relaţie emoţională intimă pe termen lung cu o altă persoană. Invers, comportamentul sexual nu este pervers atunci când este în serviciul stabilirii unei relaţii

intime stabile.

Într-un efort de a evita judecata în definiţia sa a parafiliilor, DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2000) sugerează limitarea termenului la situaţiile în care sunt folosite obiecte nonumane, în care umilinţa şi durerea efectivă sunt provocate sieşi sau partenerului, sau în care sunt implicaţi copii sau adulţi neconsimţători. Pentru a trata **ju** continuumul dintre fantasmă şi acţiune, DSM-IV-TR a dezvoltat un spectru de severitate. În formele „uşoare", pacienţii sunt destul de tulburaţi de nevoile lor sexuale parafilice, dar nu acţionează conform lor. În gradele „moderate" de severitate, pacienţii îşi traduc nevoile în acţiuni, dar doar ocazional. În cazurile „severe", pacienţii acţionează repetat conform nevoilor lor parafilice. În final, într-un efort de a fi mai ştiinţific şi mai puţin peiorativ, DSM-IV-TR foloseşte termenul *parafilie* mai degrabă decât perversiune sau deviaţie.

Deşi intenţia DSM-IV-TR este admirabilă, Stoller (1985) a obiectat că a schimba termenul oficial din perversiune în parafilie (care a apărut în DSM-III-I American Psychiatric Association, 1987) a fost o încercare greşită de a „aseptiza" perversiunile. Perversiunea, în viziunea sa, este utilă exact deoarece are conotaţii dezgustătoare şi de păcat: „Perversiunea este atât de peiorativă. Miroase a păcat, acuzaţie, sete de răzbunare şi act de dreptate. Are caracterul său absolut. În ea, Dumnezeu şi agenţii săi pe pământ lovesc cu fulgerul" (p. 4).

Stoller a argumentat pentru păstrarea termenului de *perversiune,* deoarece un sentiment de a păcătui este o cerere preliminară pentru ca o activitate perversă să creeze excitaţie erotică. Deoarece ambele puncte de vedere au merite, cei doi termeni sunt folosiţi alternativ în acest capitol.

11.1.1 înţelegere psihodinamică

Etiologia parafiliilor rămâne în mare parte învăluită în mister. Problemele psihologice joacă în mod evident un rol crucial în determinarea alegerii parafiliei şi în semnificaţia subiacentă a actelor sexuale, înţelegerea psihanalitică a luminat mult adâncurile întunecate ale psihicului pervers. Totuşi trebuie să notăm în mod adecvat şi modest că modelele psihodinamice pot să arunce lumină asupra semnificaţiei unei perversiuni fără să stabilească în mod necesar o etiologie definitivă (Person, 1986).

Viziunea clasică a perversiunilor este profund înrădăcinată în teoria pulsiunilor. Freud (1905/1953) credea că aceste tulburări ilustrează cum instinctul şi obiectul simt despărţite unul de celălalt: „Pare probabil că instinctul sexual este în primă instanţă independent de obiectul său" (p. 148). Mai mult, el a definit perversiunile parţial prin contrast cu nevrozele. În acestea din urmă, simptomele nevrotice reprezintă o transformare a fantasmelor perverse refulate. În perversiuni totuşi, fantasmele devin conştiente şi sunt exprimate direct ca activităţi egosintonice, aducătoare de plăcere. Totuşi Freud a descris nevrozele ca pe negativul perversiunilor: simptomele nevrotice erau fantasme perverse desexualizate. În viziunea clasică, perversiunile pot fi fixaţii sau regresii la forme infantile de sexualitate care persistă în viaţa adultă (Fenichel, 1945; Sachs, 1986). Unele rămăşiţe ale experienţei infantile sunt păstrate în conştiinţă şi sunt purtătoarele întregii sexualităţi infantile prin procesul de deplasare. Un act pervers devine un procedeu fixat şi ritualizat, care este singura cale către orgasmul genital. În formularea clasică (Fenichel, 1945), factorul decisiv care împiedică orgasmul prin actul genital convenţional este anxietatea de castrare. Perversiunile servesc astfel funcţiei de negare a castrării. (Deoarece

majoritatea copleşitoare a pacienţilor cu parafilie sunt bărbaţi, formulările prezentate aici presupun sexul masculin).

Freud (1905/1953) a apreciat complexitatea perversiunilor, care simt multistratificate. El a notat, de exemplu, determinanţii inconştienţi multipli ai voierismului şi exhibiţionismului ca feţe opuse ale aceleiaşi monede. În munca sa clinică, el a observat că orice perversiune „activă" – T3 întotdeauna însoţită de un pandant „pasiv". În formularea sa, sadicul va avea întotdeauna un nucleu masochist, pe când voieristul va «ea dorinţe exhibiţioniste inconştiente.

Mai recent, unii investigatori psihanalitici au tras concluzia că teoria misiunilor singură este insuficientă pentru a explica unele dintre rantasmele şi comportamentele perverse vizibile clinic şi că aspectele r-laţionale ale perversiunilor simt cruciale pentru o înţelegere cuprinzătoare (Me-Dougall, 1980, 1986; Mitchell, 1988). După Stoller (1975, 1°85), esenţa perversiunii este o conversie a „traumei infantile într-un mumf adult" (Stoller, 1975, p. 4). Pacienţii sunt conduşi de fantasmele lor de a răzbuna traumele umilitoare din copilărie cauzate de părinţii lor. Metoda lor de răzbunare este de a-i dezumaniza şi a-i umili pe partenerii lor în timpul actului sau fantasmei perverse. Bergner (2002) a observat că la indivizii compulsivi sexual scenariile preferate îşi au dpic originea în experienţele de degradare din copilărie. Fantasmele excitante sexual ale unor asemenea indivizi sunt menite să aducă vindecarea din degradarea timpurie şi să ducă la renaşterea lor personală. Din nefericire, scenariile devin standarde imposibile pe lângă care relaţiile actuale pălesc prin comparaţie. De aceea, dorinţa de a depăşi degradarea nu este niciodată împlinită.

Activitatea sexală perversă poate fi, de asemenea, o

fugă de relaţiile de obiect (Mitchell, 1988). Multe persoane cu parafilii s-au separat şi individual incomplet de reprezentările intra-psihice ale mamelor lor. Drept urmare, ele simt că identitatea lor ca persoană separată este constant ameninţată de fuziunea cu sau de încorporarea lor de către obiectele interne sau externe. Expresia sexuală poate fi singurul domeniu în care îşi pot afirma independenţa. Pe când Stoller (1975, 1985) vedea perversiunile ca expresii ale dorinţei de a umili, Mitchell (1988) le-a înţeles ca pe o sfidare a influenţei copleşitoare a figurii materne interne. Un aspect al uşurării resimţite de pacienţii parafilici după ce au acţionat conform dorinţelor lor sexuale este sentimentul de triumf asupra mamei dominatoare din interior.

Me-Dougall (1986) a observat alte semnificaţii relaţionale de obiect ale neosexualităţilor. Ea a sugerat că, comportamentul sexual se naşte dintr-o matrice complicată de identificări şi contraidentificări cu părinţii noştri. Fiecare copil este implicat într-o dramă psihologică inconştientă care ia naştere din dorinţele şi conflictele erotice inconştiente ale părinţilor. Drept urmare, natura obligatorie a oricărei neosexualităţi este programată de scenariile parentale internalizate de către copil. În viziunea lui Me-Dougall, comportamentul sexual deviant poate funcţiona parţial pentru a proteja obiectele introiectate de agresiunea pacientului prin punerea în act a dramei inconştiente „scrise” de către părinţi.

Kohut (1971, 1977) a oferit o perspectivă de tip psihologie a Sinelui asupra funcţiei perversiunilor. În viziunea sa, activitatea perversă implică o încercare disperată de a restaura integritatea şi coeziunea Sinelui în absenţa răspunsurilor de tip obiect al Sinelui empatie din partea altora. Activitatea sau fantasma sexuală poate să-l ajute pe pacient să se simtă viu şi intact când este ameninţat de abandon sau de separare. Comportamentul

pervers în timpul psihoterapiei sau analizei poate astfel să fie o reacţie la eşecurile în a fi empatie ale terapeutului, ducând la o întrerupere temporară a matricei Sine-obiect al Sinelui stabilite între pacient şi terapeut (Miller, 1985). În viziunea lui Kohut (1977), manifestările comportamentale ale perversiunilor simt fenomene secundare: „După dispariţia unităţii psihologice primare (fuziunea empatică cu obiectul Sinelui căutată insistent), pulsiunea apare ca un produs de dezintegrare; pulsiunea este atunci înrolată în încercarea de a reface fuziunea pierdută (şi deci repararea Sinelui) prin mijloace patologice, adică, aşa cum este pusă în act în fantasmele şi acţiunile perversului" (p. 128).

Deşi nu era o adeptă a psihologiei Sinelui, Me-Dougall (1986) a observat, de asemenea, o teamă profundă de pierdere a identităţii sau a sentimentului Sinelui ca fiind nucleul multor activităţi perverse. Unele practici sexuale sau obiecte sexuale devin ca un drog pe care pacientul îl foloseşte pentru a „trata" un sentiment de moarte interioară şi o frică de autodezintegrare. La aceşti pacienţi, Me-Dougall a observat un proces de internalizare defectuoasă care îi împiedica să folosească obiectele tranziţionale în copilărie în timpul eforturilor de a se separa de figurile materne.

Goldberg (1995) a extins viziunea psihologiei Sinelui asupra perversiunilor. El credea că sexualizarea este o încercare de a repara un defect structural al Sinelui care este legat de o incapacitate de a organiza şi a resimţi stări emoţionale dureroase. El a legat perversiunea şi de un clivaj vertical în interiorul personalităţii între partea „eu în realitate" şi un sector repudiat care este văzut ca responsabil pentru iniţierea şi promulgarea actelor perverse. Totuşi Goldberg a subliniat şi că generalizările în legătură cu temele psihodinamice în perversiune nu pot fi garantate, deoarece o largă varietate de mecanisme

dinamice pot fi implicate în orice scenariu sexualizat particular.

Autori ca Mitchell, Me-Dougall, Kohut şi Goldberg au pavat calea spre o înţelegere mai largă a perversiunii care este mai mult în domeniul reprezentărilor Sinelui şi obiectului decât în cel al sexualităţii pure. Ogden (1996) a sugerat că pacienţii stabilesc un mod pervers de relaţionare ca o cale de a evada dintr-o experienţă de moarte psihologică. Ei pun în act o dramă desemnată să prezinte o impresie falsă că ei sunt de fapt în viaţă în puterea lor de a excita mai degrabă decât amorţiţi şi goi. Parsons (2000) a observat că comportamentul pervers se naşte dintr-o inabilitate în a tolera „alteritatea" unei persoane separate. Pacientul se angajează într-un scenariu pervers ca o apărare împotriva resimţirii unei alte persoane ca fiind complexă, reală şi diferită de sine însuşi. Perversiunea implică un mod de relaţionare care evită o conexiune autentică cu cealaltă persoană şi foloseşte puterea pentru a seduce, a domina sau a exploata cealaltă persoană fără recunoaşterea adevărată a sa şi a altuia într-o relaţie intimă. Mulţi astfel de pacienţi resimt intimitatea ca periculoasă sau mortală în timpul copilăriei şi îşi petrec viaţa evitând-o. Cei care prezintă infantilism sau sindromul bebeluşului adult (Paté şi Gabbard, 2003) pot să se îmbrace ca bebeluşii, pot să poarte scutece şi să acţioneze ca şi cum ar fi un copil în speranţa de a-i forţa pe ceilalţi să intre într-un rol cvasimatern care, în mod evident, nu ţine cont de subiectivitatea celeilalte persoane.

Înţelepciunea clinică tradiţională a sugerat că perversiunile sunt rare la femei. Acest punct de vedere este în schimbare în ultimii ani ca rezultat al cercetării empirice şi al observaţiei clinice care demonstrează că fantasmele perverse sunt de fapt comune la femei. Într-un studiu cuprinzător al perversiunilor feminine, Louise Kaplan (1991) a evidenţiat că clinicienii au eşuat în a

identifica perversiunile la femei, deoarece ele implică mecanisme dinamice mai subtile decât sexualitatea mai evidentă a perversiunilor bărbaţilor. Actele sexuale izvorâte din parafiliile feminine implică teme inconştiente de separare, abandon şi pierdere. De exemplu, unele femei care au fost abuzate sexual în copilărie adoptă un stereotip exagerat de femeie sexy într-un efort de a se răzbuna pe bărbaţi şi a se asigura pe sine de feminitatea lor.

Înainte de a lua în discuţie mecanismele dinamice ale parafiliei fiecărui individ, ar trebui menţionat că motivele pentru preferinţa individuală pentru o fantasmă sau un act pervers mai mult decât pentru altele rămân obscure. De asemenea, diferite parafilii coexistă frecvent în aceeaşi persoană. Deşi viziunea tradiţională asupra perversiunii a susţinut că individul pervers este fixat asupra unui tip de scenariu sexual, un studiu a 561 de bărbaţi care au cerut evaluare şi tratament pentru parafilie a găsit că mai puţin de 30 dintre subiecţi (excluzându-i pe transsexual!) au limitat comportamentul lor deviant doar la o perversiune (Abel et al., 1988). Unii indivizi vor trece în mod secvenţial de la o parafilie la alta. Într-un raport care a studiat rezultatele după 40 de ani, Lehne şi Money (2000) au descris un bărbat de 65 de ani care, în tinereţea lui, s-a angajat în travestism parafilie. În timp, el a trecut la pedofilie şi în cele din urmă la infantilism prelungit.

O gamă largă de diagnostice psihiatrice şi de niveluri de organizare a personalităţii pot fi prezente la un individ parafilie. Perversiunile au fost observate, de exemplu, la pacienţi psihotici, la cei cu tulburări de personalitate şi la pacienţi nevrotici sau relativ intacţi. Sexualitatea perversă polimorfă se găseşte frecvent la pacienţii cu organizare de personalitate de tip borderline (Kemberg, 1975). Parafiliile care implică cruzime manifestă faţă de alţii simt frecvent prezente la pacienţii cu tulburare de personalitate antisocială. Astfel, înţelegerea psihodinamică a oricărui

pacient individual implicat într-o activitate sexuală perversă înseamnă şi o înţelegere atentă despre cum perversiunea interacţionează cu structura de caracter subiacentă a pacientului. De exemplu, pacienţii cu organizare nevrotică pot folosi o activitate parafilică pentru a facilita potenţa genitală, pe când pacienţii aproape de limita psihotică pot folosi aceeaşi activitate pentru a înlătura sentimentul de disoluţie a Sinelui (Person, 1986).

Exhibiţionismul şi voierismul

Expunându-şi public organele genitale în faţa unor femei sau fete străine, exhibiţionistul se asigură pe sine că nu este castrat (Fenichel, 1945; Freud, 1905/1953). Reacţia de şoc produsă de acţiunile sale îl ajută să facă faţă anxietăţii de castrare şi îi dă un sentiment de putere asupra sexului opus. Stoller (1985) a evidenţiat că actele exhibiţioniste urmează tipic o situaţie în care infractorul s-a simţit umilit, fiind frecvent în puterea unei femei. În schimb, exhibiţionistul îşi răzbună umilirea prin şocarea unor femei străine. Mai mult, expunerea organelor sale genitale îl face capabil pe bărbat să-şi regăsească un sens al valorii şi o identitate masculină pozitivă. Aceşti bărbaţi revelează frecvent o insecuritate profundă în legătură cu masculinitatea lor. Stoller (1985) a observat că anxietatea de castrare nu reflectă complet motivaţia pentru actul exhibiţionist. În viziunea lui, ameninţarea „este cel mai bine pusă în termeni de identitate; deoarece umilirea este despre «anxietatea existenţei», ameninţare la nucleul identităţii de sex” (p. 20). Exhibiţioniştii simt frecvent că ei nu produc niciun impact asupra nimănui din familia lor, şi astfel ei trebuie să recurgă la măsuri extraordinare pentru a fi observaţi (Mitchell, 1988). Fiecare act exhibiţionist poate fi, prin urmare, o încercare de a întoarce o situaţie traumatică din copilărie.

Faţa cealaltă a exhibiţionismului – voierismul –

implică şi o violare a intimităţii unei femei străine, un triumf agresiv, dar secret asupra sexului feminin. Fenichel (1945) a legat tendinţele voieriste de o fixare la scena primitivă din copilărie, în care copilul fie e martor, fie aude prea mult din actul sexual al părinţilor. Această experienţă traumatică timpurie ar putea provoca anxietatea de castrare a copilului şi apoi să-l determine să repună în act scena tot mereu într-o încercare de a stăpâni activ o traumă resimţită pasiv. Fenichel a identificat, de asemenea, o componentă agresivă în actul de a privi, conceptualizându-l ca pe o deplasare a dorinţei de a fi direct distructiv faţă de femei, cu scopul de a evita vinovăţia. Chiar pacienţii care nu sunt înclinaţi către activităţi voieriste manifeste pot să arate derivate comune, cum ar fi curiozitate şi anxietate în legătură cu privitul. Unii pacienţi sunt chiar refractari în a arunca o privire în cabinetul terapeutului lor de teamă că acea curiozitate a lor va fi interpretată ca distructivă sau că vor vedea ceva interzis. Mitchell (1988) a observat că exhibiţionismul şi voierismul au o însuşire esenţială tipică pentru toate perversiunile: „o dialectică între suprafaţă şi adâncime, între vizibil şi secret, între disponibil şi reţinut” (p. 111).

Sadismul şi masochismul

Persoanele care au nevoie de fantasme sau de acţiuni sadice pentru a dobândi gratificare sexuală încearcă frecvent inconştient să inverseze scenariile din copilărie în care ei erau victima unui abuz fizic sau sexual. Făcându-i pe alţii să suporte ceea ce li s-a întâmplat lor în copilărie, se răzbună şi câştigă în acelaşi timp un sentiment de control asupra traumei din copilărie. Stoller (1991) a găsit că un procent destul de mare din membrii cluburilor sado-masochiste care practicau înţeparea corpului cu scop ornamental („body piercing”) fuseseră spitalizaţi când erau copii şi fuseseră injectaţi continuu pentru tratarea bolilor lor din copilărie. Pacienţii masochişti care au nevoie de

umilire şi chiar de durere pentru a atinge plăcerea sexuală pot, de asemenea, să repete experienţe de abuz din copilărie. Fenichel (1945) a crezut că pacienţii masochişti fac un sacrificiu – acceptând „un rău mai mic” în locul castrării. Ei pot să fie şi ferm convinşi că merită să fie pedepsiţi pentru dorinţele lor sadice conflictuale. În unele cazuri, aceşti pacienţi se apără împotriva anxietăţii de separare supunându-se abuzului. Ei sunt frecvent convinşi că o relaţie sado-masochistă este singura formă disponibilă de relaţie de obiect: o relaţie abuzivă este mai bună decât nicio relaţie.

Sadismul şi masochismul sunt unice în faptul de a fi singurele perversiuni clasice care simt cunoscute că apar cu regularitate la ambele sexe (Person, 1986). Deşi masochismul a fost legat în mod stereotip de femei, forme mute de fantasme sadice şi masochiste se găsesc în mod regulat la aproape oricine. Practicile homosexualilor bărbaţi şi povestirile prostituatelor femei sugerează chiar că activităţile sexuale masochiste pot fi mai obişnuite la bărbaţi. Sacher-Masoch, scriitorul austriac din secolul al XIX-lea de la care derivă termenul, era, de fapt, un poet al masochismului masculin. Orice excitaţie sexuală poate fi legată într-adevăr de dorinţe agresive (Stoller, 1985). Pacienţii care vin la psihoterapie sau la psihanaliză cu inhibiţii sexuale destăinuie frecvent fantasme sexuale cu mare conţinut sadic şi care îi împiedică să se implice sexual cu alte persoane.

În termeni de relaţie, sadismul se dezvoltă frecvent dintr-o relaţie de obiect intern particulară în care obiectul retras şi distant necesită un efort în forţă pentru a-i fi înfrântă rezistenţa la reprezentarea corespunzătoare a Sinelui (Mitchell, 1988). Similar, predarea de tip masochist poate fi o punere în act a unei relaţii de obiect intern în care obiectul va răspunde Sinelui doar când este umilit.

Din perspectiva psihologiei Sinelui, comportamentul

masochist este un efort nebunesc pentru a restaura un simţ de a fi în viaţă sau de autocoeziune. Deşi aparent autodistructiv, masochismul poate fi resimţit de către pacient ca având o funcţie de autorestaurare. Stolorow et al. (1988) au raportat tratamentul unei paciente de 19 ani, foarte tulburată, care i-a cerut în mod repetat terapeutului să o lovească. Ca răspuns la întrebările insistente ale terapeutului despre motivul pentru care ar dori ca el s-o lovească, ea a scris: „Durerea fizică este mai bună decât moartea spirituală” (p. 506). În absenţa abuzului şi durerii fizice provocate de alţii, această pacientă simţea că ea nu exista şi nu era legată de nimeni. Aceşti autori au observat că pacienţii masochişti îşi organizează frecvent întreaga viaţă pentru a îndeplini nevoile părinţilor lor. Drept rezultat, experienţa lor afectivă internă devine distantă şi indisponibilă deoarece a fost sacrificată în serviciul părinţilor lor.

Dezvoltarea internetului a dus la apariţia unor organizaţii sociale active ale persoanelor şi cuplurilor care se legitimează frecvent ca „SDSM”. În plus de sadism şi masochism, aceste iniţiale se referă la formele de cuplu de tip sclavie/disciplină şi dominaţie/supunere. Unii pot să prefere să fie legaţi şi controlaţi, pe când alţii caută pedeapsa în mod activ. Frecvent, durerea este îndurată în serviciul unui mod de relaţionare. În unele relaţii de cuplu, cei supuşi pot să se bucure pur şi simplu de predarea autorităţii partenerilor dominanţi, astfel încât să li se spună ce să facă în toate domeniile vieţii. În acest sens, durerea poate să nu fie scopul cel mai important. Organizaţiile au făurit reguli pentru practici sigure şi consensuale, cum ar fi să nu fie lăsat un partener singur şi să existe o comunicare clară când o activitate a mers prea departe, astfel încât să poată fi oprită. Majoritatea indivizilor angajaţi în acest tip de relaţie de cuplu consensuală nu caută tratament psihiatric.

Fetişismul

Pentru a realiza excitarea sexuală, fetişiştii au nevoie să folosească un obiect inanimat, frecvent un articol de lenjerie feminină, sau un pantof, sau o parte negenitală a corpului. Freud a explicat iniţial fetişismul ca luând naştere din anxietatea de castrare. Obiectul ales drept fetiş reprezintă simbolic „penisul femeii", o deplasare care l-a ajutat pe fetişist să învingă anxietatea de castrare. Urmând premisa că atunci când bărbatul conştientizează existenţa organelor sexuale ale femeii îi creşte frica de a-şi pierde propriile sale organe genitale şi de a deveni precum o femeie, Freud a crezut că această simbolizare inconştientă explică apariţia relativ frecventă a fetişismului. De asemenea, el a folosit această formulare pentru a-şi dezvolta conceptul asupra clivajului Eului (Freud, 1940/1964) – în mintea fetişistului coexistă două idei contradictorii: negarea castrării şi afirmarea castrării. Fetişul le reprezintă pe amândouă.

Deşi Greenacre (1970, 1979) a văzut şi ea anxietatea de castrare ca fiind centrală în înţelegerea fetişismului, ea a susţinut că acesta îşi are originea în tulburări pregenitale mai timpurii, Interacţiunile traumatice cronice din primele câteva luni de viaţă pot astfel să fie instrumentele care produc fetişismul. Din cauza unor probleme severe din relaţia mamă-sugar, copilul este incapabil să fie liniştit de mamă sau de obiectele tranziţionale. Pentru a avea simţul integrităţii corporale, copilul are nevoie atunci de un fetiş, de ceva „dur într-un mod asigurător, rezistent, cu forma de neschimbat, şi în a cărui durată poate avea încredere" (Greenacre 1979, p. 102). Aceste tulburări pregenitale sunt reactivate mai târziu când copilul sau adultul de sex masculin este preocupat de integritatea genitală. În esenţă, Greenacre a văzut fetişul funcţionând ca un obiect tranziţional.

Kohut (1977) a susţinut o viziune oarecum similară

despre fetişism, deşi formulată în termeni de psihologie a Sinelui. El a descris un pacient bărbat a cărui copilărie a fost caracterizată de indisponibilitatea traumatică a mamei sale. Pacientul şi-a făcut un fetiş din chiloţii săi, care i-au servit drept substitut pentru obiectul Sinelui indisponibil. În contrast cu sentimentele acestui pacient de neputinţă în legătură cu mama sa, el a putut menţine un control total asupra acestei versiuni nonumane a unui obiect al Sinelui. Astfel, ceea ce pare a fi o nevoie sexuală intensă pentru un obiect fetişist poate de fapt să reflecte o anxietate severă în legătură cu pierderea propriului sentiment al Sinelui (Mitchell, 1988).

Scrierile mai recente despre fetişism au lărgit conceptul, astfel încât să includă fetişismul ca parte a unui spectru de fenomene care controlează anxietatea prin conferirea magiei şi iluziei unui obiect exterior (Nersessian, 1998). Fetişismul a fost extins şi dincolo de obiectele inanimate şi se crede că ar exista la femei la fel de bine ca la bărbaţi. Mai degrabă decât să încerce să lege fetişismul de anxietatea apărută din cauza unui moment specific din dezvoltare, viziunile contemporane se focalizează mai mult asupra nevoii Eului pentru un obiect din afară care să controleze anxietatea. Într-un studiu longitudinal prospectiv, Massie şi Szamberg (1997) au descris un caz de fetişism „amputat", în care un bărbat de 30 de ani şi-a amintit debutul unui fetiş sexual la vârsta de cinci sau şase ani. Informaţiile despre istoric şi datele despre relaţia părinte-sugar din arhiva cercetării, cuplate cu amintirile istorice ale pacientului, au adus o viziune complexă şi revelatoare a evoluţiei unui fetiş. Câţiva factori au fost clari implicaţi, inclusiv o relaţie neobişnuit de intensă şi excitantă sexual atât cu mama, cât şi cu tatăl, o capacitate pentru o excitaţie psihofiziologică puternică, dificultăţi de autoliniştire, o vigilenţă înalt sensibilă şi suprastimulatoare din partea ambilor părinţi faţă de viaţa

psihologică a copilului şi experienţa timpurie a pierderii tatălui timp de 10 săptămâni în al treilea an de viaţă al copilului. Această traumă efectivă a părut a fi contribuit la vulnerabilitatea faţă de anxietatea de separare. Forma specifică a fetişului, care implica imagini de amputaţie, ar putea fi, de asemenea, legată de o îngrijitoare care avea piciorul în ghips şi de anxietatea băiatului despre riscul ca ghipsul „să iasă afară”. Massie şi Szamberg au speculat că, în acest caz, fetişismul ar putea fi legat de o formă de piesă posttraumatică intra-psihică.

Pedofilia

Dintre toate perversiunile, pedofilia este cea care, cel mai probabil, poate crea sentimente de dezgust şi dispreţ la cei care o tratează. Prin împlinirea dorinţelor sale sexuale, pedofilul poate să facă un rău ireparabil unor copii inocenţi. Unele cadre conceptuale sau formulări psihodinamice pot să-i ajute pe clinicieni să menţină un grad de empatie şi de înţelegere când încearcă să trateze aceşti pacienţi. Conform viziunii clasice (Fenichel, 1945; Fenichel, 1905/1953), pedofilia reprezintă o alegere de obiect narcisică – adică pedofilul vede copilul ca pe o imagine în oglindă a sa ca copil. Pedofilii au fost priviţi şi ca indivizi impotenţi şi slabi care caută copii ca obiecte sexuale deoarece ei ar opune mai puţină rezistenţă sau ar determina mai puţină anxietate decât partenerii adulţi, permiţându-le astfel pedofililor să evite anxietatea de castrare.

În practica clinică, mulţi pedofili simt găsiţi a avea tulburări serioase de personalitate. Un studiu (Raymond et al., 1999) pe pedofili încarceraţi a găsit că 60 prezentau o tulburare de personalitate; 20 prezentau o tulburare de personalitate narcisică şi 22, 5 prezentau o tulburare de personalitate antisocială. Activitatea sexuală cu copii prepuberi poate să întărească autostima fragilă a pedofilului. Similar, mulţi indivizi cu această perversiune

aleg profesii în care pot interacţiona cu copiii, deoarece reacţiile idealizante ale copiilor îi ajută să-şi menţină privirea pozitivă asupra lor înşişi. În schimb, pedofilul îi idealizează frecvent pe aceşti copii; astfel, activitatea sexuală cu ei implică fantasme inconştiente de fuziune cu un obiect ideal sau restaurarea unui Sine tânăr, idealizat. Anxietatea legată de îmbătrânire şi moarte poate fi înlăturată prin activitatea sexuală cu copii.

Când activitatea pedofilică apare împreună cu o tulburare de personalitate narcisică cu trăsături antisociale severe sau ca parte a unei structuri de caracter psihopatice clare (vezi Capitolul 17), determinanţii inconştienţi ai comportamentului pot fi strâns legaţi de dinamica sadismului. Cucerirea sexuală a copilului este unealta răzbunării. Pedofilii au fost frecvent ei înşişi victime ale abuzului sexual în copilărie (Fagan et al. 2005), şi un sentiment de triumf şi de putere poate să însoţească transformarea traumei lor pasive într-o victimizare înfăptuită activ.

Puterea şi agresiunea sunt, de asemenea, preocupări majore ale pedofililor a căror activitate sexuală este limitată la relaţii incestuoase cu propriii copii sau cu copiii lor vitregi. Aceşti bărbaţi se simt frecvent neiubiţi de soţiile lor şi suscită răspunsuri de tip luare în îngrijire din partea copiilor lor prin portretul de victime pe care şi-l fac singuri (Ganzarain şi Buchele, 1990).

Pedofilii sunt frecvent diferenţiaţi după cum prezintă fixaţie sau regresie (Groth şi Birnbaum, 1979; Meconaghy, 1998). Pedofilul fixat este atras sexual de persoane mai tinere din timpul adolescenţei, pe când pedofilul regresat nu arată o atracţie sexuală faţă de persoane mai tinere până la vârsta adultă. Pedofilii fixaţi îşi comit de obicei delictele asupra băieţilor, pe când cei regresaţi exploatează sexual mai mult fetele. Cei care comit delicte asupra fetelor îşi comit delictele tipic în casă ca parte a

unei relaţii incestuoase şi tind să aibă foarte puţine victime. Pedofilii fixaţi, care aleg băieţii ca obiect al dorinţei sexuale, tind să aibă multe victime şi să se lege de băieţi care locuiesc în afara casei. Deoarece pedofilul regresat poate să fie atras şi de femei adulte, prognosticul este mult mai bun acolo decât pentru pedofilul fixat, care se focalizează în principal pe băieţi.

Un plan de tratament global pentru un pacient cu pedofilie trebuie să ia în considerare comorbiditatea. Cei care molestează copii au fost găsiţi cu cote înalte de psihopatologie (Ahimeyer et al., 2003). Tulburările de anxietate şi distimia sunt obişnuite la pedofili, împreună cu patologia gravă de caracter.

Travestismul în travestism, pacientul bărbat se îmbracă precum o femeie pentru a-şi crea o excitaţie sexuală care să ducă la contact heterosexual sau la masturbare. Pacientul poate să se comporte într-o manieră masculină tradiţională când este îmbrăcat ca un bărbat şi apoi să devină efeminat când este îmbrăcat ca o femeie. Înţelegerea psihanalitică clasică a travestirii implică noţiunea de mamă falică. Imaginându-şi că mama sa posedă un penis, chiar dacă acesta nu este vizibil în mod clar, copilul băiat îşi înfrânge anxietatea de castrare. Actul travestirii poate astfel să fie o identificare cu mama falică (Fenichel, 1945).

La un nivel mal primitiv, băiatul mic poate să se identifice cu mama lui pentru a evita anxietatea de separare. Conştientizarea diferenţelor genitale dintre el şi mamă poate să activeze anxietatea că el o va pierde deoarece ei sunt indivizi separaţi. Munca clinică cu travestiţii revelează că, atunci când se travestesc, ei simt în mod obişnuit un grad de fuziune cu un obiect matern intra-psihic. Aceasta îi asigură că nu sunt în pericol de a pierde prezenţa liniştitoare din interior. Aceşti bărbaţi sunt întotdeauna heterosexuali (Person, 1986), şi majoritatea

sunt altminteri bine adaptaţi. Într-un studiu pe 188 de bărbaţi travestiţi (Brown şi colab „1996), travestiţii au fost imposibil de distins de bărbatul mediu la testele de funcţionare sexuală, de personalitate şi de suferinţă emoţională. Aceşti indivizi caută rar ajutor psihiatric. Pe de altă parte, bărbaţii transsexuali şi cei cu tulburare de identitate de sex au mult mai multe simptome psihiatrice, o pulsiune sexuală mai redusă şi o imagine corporală mai săracă decât travestiţii. Deşi travestiţii sunt de obicei destul de convinşi că ei sunt heterosexuali şi bărbaţi, unii pot să se prezinte la clinică pe la jumătatea vieţii, convinşi că au devenit transsexuali. Nu se crede că indivizii din aceste cazuri sunt transsexuali adevăraţi care necesită o schimbare de sex chirurgicală, deoarece comorbiditatea transsexualismului şi a travestismului este considerată ca fiind foarte rară (Bower, 2001

11.1.2 Consideraţii asupra tratamentului

Pacienţii cu parafilii sunt cazuri notoriu de greu de tratat. După mulţi ani, ei au dezvoltat o soluţie erotică atent lucrată la problemele lor şi ei sunt rareori interesaţi în a renunţa la ea (McDougall, 1986). De ce ar dori cineva să oprească o practică ce aduce multă plăcere? Majoritatea perversiunilor sunt egosintonice; doar pacienţi excepţionali care suferă din cauza simptomelor lor caută în mod voluntar tratament. Persoanele cu fetişuri îşi văd în general fetişismul ca nefiind nimic mai mult decât o idiosincrazie personală – în mod cert nu un simptom psihiatric (Greenacre, 1979). Ei caută tratament în mod tipic pentru alte motive, şi fetişul apare în cursul terapiei sau al analizei.

Marea majoritate a pacienţilor parafilici vin la tratament sub presiune. O criză conjugală poate să aducă un travestit în atenţia clinică sub ameninţarea divorţului.

În cazurile de voierism, exhibiţionism şi mai ales de pedofilie, presiunile legale impun frecvent tratamentul ca o condiţie pentru eliberarea de probă sau ca o alternativă la încarcerare, înfăţişarea la tribunal poate fi iminentă, astfel încât pacientul va trece prin cerinţele de tratament pentru a „arăta bine" la tribunal şi pentru a influenţa judecătorul să renunţe la orice acuzaţie. În majoritatea cazurilor de parafilie, primul lucru de făcut este de a clarifica situaţia legală. Clinicianul poate decide să amâne o decizie asupra unui tratament pe termen lung până după rezolvarea cazului în curs. Acei pacienţi care continuă să ceară tratament după ce toate problemele legale au fost rezolvate pot să aibă un prognostic mai bun (Reid, 1989).

Un alt impediment major în tratamentul pacienţilor cu perversiuni simt reacţiile de contratransfer pe care le provoacă. Dacă, într-adevăr, noi toţi ne luptăm cu dorinţe perverse inconştiente, aşa cum au sugerat în mod repetat Freud şi mulţi alţii de atunci până acum, atunci este de înţeles să presupunem că putem reacţiona faţă de pacienţii perverşi aşa cum am reacţiona la propriile noastre impulsuri perverse. Ne simţim plini de dezgust, anxietate şi dispreţ. Impulsul nostru natural este de a răspunde punitiv – de a moraliza, de a certa, de a predica şi de a face ce putem pentru a „extermina" perversitatea. Dăm înapoi cu oroare la ideea cuiva care ar da frâu liber unor asemenea impulsuri când noi înşine le controlăm cu atenţie. Totuşi putem să simţim o plăcere voieristică în a asculta povestirile detaliate ale activităţilor sexuale ale pacienţilor noştri (Fagan et al., 2005). O altă tendinţă contratransferenţială este coluziunea cu evitarea de către pacient a perversiunii prin discutarea altor aspecte ale vieţii lui. Clinicienii pot evita propriile lor sentimente de dezgust şi dispreţ prin evitarea întregii arii a patologiei sexuale. Cu unii pacienţi – pedofili, mai ales – unii terapeuţi pot simţi că ei pur şi simplu nu pot fi eficienţi din

cauza urii lor intense contratransferenţiale. În aceste cazuri, cel mai bine este să trimitem pacientul altcuiva.

Un ultim motiv de dificultate în tratamentul persoanelor cu perversiuni este psihopatologia asociată. Un studiu pe 113 bărbaţi condamnaţi pentru delicte sexuale (Dunsieth et al., 2004) a găsit că 85 aveau o tulburare de uz a substanţei şi 56 îndeplineau criteriile pentru tulburarea de personalitate antisocială. Fantasmele şi comportamentul pervers sunt destul de dificil de schimbat oricum, dar atunci când starea pacienţilor este complicată de dependenţa chimică serioasă sau de patologia de caracter antisocială, prognosticul devine şi mai rezervat.

Rămâne foarte controversat dacă tratamentul parafiliilor, mai ales al celor care implică pedofilia şi alte delicte, este cu adevărat eficient (Hali, 1995; Marshall şi Pithers, 1994; Meconaghy, 1998; Prentky et al., 1997; Rice et al., 1991). Deşi unele studii sunt încurajatoare, validitatea instrumentelor de evaluare a rezultatelor este foarte problematică. Folosirea ratei recidivismului, aşa cum este măsurată prin înregistrarea arestărilor, ţese o plasă deasă. Deoarece observarea permanentă a pedofililor, de exemplu, este imposibilă, cercetătorii nu pot fi siguri dacă aceştia continuă sau nu să acţioneze conform impulsurilor lor de a abuza copii.

Marea majoritate a cercetărilor asupra eficacităţii tratamentului la parafilici a fost realizată pe cei care au comis delicte sexuale (Fagan et al., 2005). Majoritatea delictelor sexuale totuşi nu sunt expresia parafiliei. Mai mult, majoritatea parafiliilor determină mai degrabă în mod primar o preocupare în interiorul individului afectat, decât să ducă direct la delicte sexuale criminale. Prin urmare, populaţia deformată care este implicată în cercetările empirice asupra parafiliilor duce la mari dificultăţi în a determina care tratamente sunt eficiente şi

pentru ce persoane cu parafilie. Nu suntem încă într-un punct în care să putem spune că un tratament psihoterapeutic specific este eficient în mod unic pentru o anumită parafilie sau pentru toate tipurile de parafilie (Fagan et al., 2005).

Majoritatea programelor de tratament implică modele integrate care sunt croite individual pentru pacient. Există literatură psihanalitică şi psihoterapeutică substanţială despre tratamentul unor forme de parafilie (Fogel şi Myers, 1991; Goldberg, 1995; Kaplan, 1991; McDougall, 1980, 1986, 1995; Person, 1986; Rosen, 1964, 1979; Stoller, 1985). Pe lângă folosirea abordărilor psihodinamice, sunt folosite frecvent şi terapia cognitiv-comportamentală, recondiţionarea comportamentală şi prevenirea recăderilor, şi ele s-au dovedit utile cu unii pacienţi. Scopurile tratamentului cuprind în general a-i asista pe pacienţi în depăşirea negării lor şi a-i ajuta să dezvolte empatie pentru victime; identificarea şi tratarea excitaţiei sexuale deviante; identificarea deficitelor în aria socială şi a capacităţilor inadecvate de a face faţă; încercarea de a trata distorsiunile cognitive; şi dezvoltarea unui plan cuprinzător de prevenire a recăderii care cuprinde evitarea situaţiilor în care este probabil ca pacientul să fie tentat.

În tratamentul contemporan al multor parafilii, mai ales în situaţiile în care a fost comis un delict sexual, psihoterapia este combinată cu o medicaţie care reduce testosteronul. Cel mai frecvent folosite sunt ciproteron acetat, Depo-Provera, Depo-Lupron sau triptorelin (Berlin et al., 1995; Rosier şi Witztum, 1998). Totuşi unii dintre aceşti agenţi au efecte secundare serioase, cuprinzând producţia scăzută de spermă, răspunsul hiperinsulinemic la încărcarea cu glucoză, câştigul în greutate, nodulii mamari, fenomenele tromboembolice şi supresia corticosuprarenală. Există şi posibilitatea unui risc crescut

de carcinom hepatic (Briken et al., 2001). Drept rezultat, unii au încercat să folosească agenţi mai benigni, cum sunt inhibitorii selectivi de recaptare a serotoninei şi agoniştii hormonului de eliberare a luteinei.

Tratamentele psihoterapeutice

Psihoterapia expresiv-suportivă individuală cu accentuare expresivă poate fi metoda preferată de tratament în unele cazuri de parafilie, dar expectaţiile unui terapeut trebuie totuşi să fie modeste. Deşi mulţi pacienţi vor avea câştiguri considerabile în capacitatea de a avea relaţii de obiect şi în funcţionarea Eului, tendinţele lor perverse subiacente pot fi modificate într-un grad mai mic. În general, acei pacienţi cu un nivel înalt al organizărilor de caracter au o evoluţie mai bună decât cei cu nivel de organizare borderline (Person, 1986).

Similar, acei pacienţi care au o inteligenţă orientată psihologic, care au un grad de motivaţie, care suferă din cauza simptomelor lor şi care simt curioşi în legătură cu originile simptomelor lor au mai multe şanse să evolueze mai bine decât cei cărora le lipsesc asemenea calităţi.

Anumite probleme apar tipic când persoanele parafilice sunt tratate prin psihoterapie psihodinamică. Aceşti pacienţi rareori doresc să se focalizeze asupra perversiunii însăşi şi de multe ori susţin activ că nu mai este o problemă pentru ei. Deşi psihoterapeuţii trebuie să trateze tulburările asociate cu parafilia, ei trebuie şi să confrunte pacientul cu această negare de la început. O sarcină terapeutică este de a integra comportamentul pervers cu sectorul central de funcţionare al personalităţii pacientului, astfel încât să poată fi discutat împreună cu restul vieţii pacientului. Clivajul vertical în personalitatea pacientuhii poate să dea naştere la fenomene de transfer paralele, dar distincte. Fiecare transfer va produce un contratransfer corespunzător, implicând frecvent o formă de coluziune cu perversiunea. Goldberg (1995) a sugerat

că terapeutul trebuie atât să recunoască comportamentul ca esenţial pentru supravieţuirea emoţională a pacientului, cât şi să privească comportamentul pervers ca pe ceva ce trebuie înţeles şi diminuat. El a notat că în această privinţă clivajul vertical din transfer se întâlneşte cu o reacţie corespunzătoare de clivaj la terapeut.

O alta dilemă frecvent întâlnită în psihoterapie se centrează în jurul evitării unei nuanţe punitive faţă de activitatea perversă a pacientului. Majoritatea statelor au legi care îi cer terapeutului să încalce confidenţialitatea dacă o activitate pedofilică este descoperită în timpul tratamentului psihiatric. Chiar separat de consideraţiile legale şi etice, este probabil ca acest comportament pervers să trezească reacţii foarte dezaprobatoare în terapeuţi. Pacienţii sensibili detectează frecvent lupta terapeutului pentru a se înfrâna să fie punitiv. Pacienţii inteligenţi pot să exploateze această luptă contra transferenţială, acuzându-l pe terapeutul lor de a fi dur şi crud din cauza focalizării pe simptomul pervers. Pacienţii pot şi evita să discute simptomul, scoţând în schimb în evidenţă sentimentele lor de ruşine, de jenă şi de umilinţă.

Dacă pacientul poate să-şi înfrângă rezistenţa iniţială în a forma o alianţă terapeutică în serviciul înţelegerii simptomului pervers, atunci atât pacientul, cât şi terapeutul pot să înceapă să caute înţelesurile inconştiente ale simptomului şi funcţiile sale în personalitatea pacientului. Majoritatea parafiliilor operează într-un context al relaţiilor de obiect fără ştirea pacientului. Mulţi pacienţi cu parafilii resimt fantasmele şi comportamentul lor ca esenţial nonpsihologice şi nu sunt conştienţi de conexiunile dintre simptomele şi stările lor emoţionale – sau dintre simptomele şi evenimentele lor de viaţă – care pot să crească nevoia lor pentru simptome. Mult din efortul terapeutului trebuie astfel să se orienteze spre explicarea acestor conexiuni.

DI S, un student la colegiu de 22 de ani, a fost spitalizat după ce a fost arestat pentru că se expusese în faţa studentelor din campus. Stătea în maşina sa în parcarea dormitorului femeilor cu organele genitale expuse. Pe măsură ce studentele treceau pe lângă el, unele se uitau în maşină şi reacţionau şocate, ceea ce-l excita în mod substanţial. În timpul spitalizării sale scurte, dl S a fost de acord să înceapă psihoterapia, dar a fost de fapt un participant dificil. El i-a spus terapeutului său că ruşinea şi depresia legate de arestare şi spitalizare îl vor opri să mai recurgă vreodată la exhibiţionism. Prefera să folosească terapia pentru a vorbi despre alte probleme, cum ar fi problemele cu autostima şi cu învăţatul la colegiu.

Terapeutul l-a confruntat pe pacient cu această negare şi a sugerat că problema exhibiţionismului nu dispăruse pur şi simplu deoarece fusese spitalizat. După externarea din spital, dl S a continuat să se lupte cu impulsurile exhibiţioniste, cedându-le ocazional. De fiecare dată când raporta asemenea impulsuri în terapie, terapeutul său îl invita la reflecţie asupra posibililor factori precipitanţi ai impulsurilor sau ai acţiunilor sale. DI S părea perplex în mod autentic pe măsură ce îşi cerceta memoria pentru a găsi evenimente sau sentimente anterioare. Dorinţa de a se expune pe sine era atât de integrată în identitatea lui, încât el nu se gândea la ea ca având-şi originea într-un context afectiv sau relaţional.

Odată, după ce dl S se expusese, terapeutul său i-a atras atenţia că episodul de expunere apăruse

imediat după ce o femeie tânără întâlnită la o oră de curs îl refuzase când îi ceruse să iasă cu el. DI S a recunoscut că se simţise respins şi umilit şi că ar putea înţelege posibilitatea că a se expune pe sine era o expresie a mâniei şi răzbunării sale când femeile refuzau să-i răspundă. El a început să observe un pattern de impulsuri exhibiţioniste crescânde de fiecare dată când înregistra un refuz sau o respingere din partea oricărei femei faţă de care avusese intenţii romantice. Cu ajutor din partea terapeutului, dl S a fost în stare să lege mânia sa faţă de femei de resentimentul său profund faţă de mama sa pentru că se întorsese la lucru cu program integral în afara casei când dl S avea doi ani.

Când terapia a început să atingă aceste aspecte sensibile ale relaţiilor dl S cu femeile, el a părăsit brusc tratamentul. Totuşi, câţiva ani mai târziu, ei i-a scris terapeutului său, comunicându-i că găsise cheia pentru a-şi înfrânge impulsul de a se expune. Deşi tendinţa lui exhibiţionistă încă îl mai bântuia din când în când, reuşise s-o controleze predându-şi sieşi cum să „înveţe să iubească femeile”. El descoperise, printr-o relaţie pozitivă cu o femeie tânără, că unele femei chiar ţineau! a ei. I-a mulţumit terapeutului pentru că îl ajutase să vadă că distorsiona sentimentele pe care femeile le aveau pentru el. Când a realizat că femeile nu îl resping automat pentru că era bărbat, el s-a simţit mai puţin înfricoşat în preajma lor şi mai puţin obligat să se răzbune pe ele prin activitatea exhibiţionistă.

Terapia maritală poate fi critică pentru tratamentul cu succes al parafiliilor. O criză conjugală poate precipita cererea de tratament a pacientului în primul rând. Terapia

maritală poate frecvent să ajute la descoperirea cum activitatea perversa reflecta dificultăţile sexuale şi emoţionale din diada maritală. Poate, de asemenea, să uşureze sentimentele nejustificate de vinovăţie şi de responsabilitate ale soţiei pentru acest comportament şi poate, în schimb, să faciliteze înţelegerea făptuim că ea este mai degrabă parte a rezolvării lui decât parte a cauzei lui (Kentsmith şi Eaton, 1978). O explorare a dezacordului marital poate să reveleze şi că parafilia este un container sau un „ţap ispăşitor", care abate atenţia de la alte arii mai problematice din căsătorie (Reid, 1989). Ca urmare, clinicienii trebuie să fie creativi în folosirea soţiei pacientului ca pe un terapeut adjuvant în cazurile refractare de parafilie. De exemplu, un bărbat care nu răspundea la un număr de tratamente pentru exhibiţionismul lui a fost în stare să-şi controleze simptomul doar când soţia lui a fost de acord să-l ducă cu maşina oriunde se ducea. În cazurile de travestism, principalul scop al tratamentului poate fi s-o ajute pe soţia pacientului să accepte că este improbabil să se schimbe comportamentul de travestism şi s-o asiste în a deveni mai tolerantă în ceea ce priveşte nevoia soţului ei de a purta haine femeieşti.

În cazurile de pedofilie care apar în contextul incestului, terapia familială este de obicei o parte integrală a planului global de tratament. Mamele simt complice în mod tipic în aceste aranjamente incestuoase, fiind oarbe la dovezile evidente ale relaţiei sexuale tată-fiică (sau ocazional tată-fiu). Aceste mame au crescut frecvent drept copii parentificaţi care nu au primit niciodată îngrijirea de care au avut nevoie în copilărie fiind prea ocupate să aibă grijă de propriii lor părinţi şi fraţi (Gelinas, 1986). Ele tind să se căsătorească cu bărbaţi dependenţi, cu mari nevoi, ca o continuare a tendinţei lor de a-i îngriji pe alţii. Din cauza unor sentimente cronice de neglijare, este probabil

ca, într-o asemenea familie, mama să fie foarte ambivalenţă în legătură cu a creşte copii, şi când vin copiii, ea poate să se simtă copleşită şi, prin urmare, să-şi neglijeze soţul. Pe măsură ce mama şi tatăl se înstrăinează tot mai mult, tatăl se întoarce către unul dintre copii – de obicei fata cea mare – pentru îngrijire, ducând la o a doua generaţie a modelului de copil parentificat. Acest copil este predispus să se simtă răspunzător să încalţe papucii mamei, şi când parte a acestei responsabilităţi înseamnă să-şi satisfacă sexual propriul tată, poate să-şi subordoneze propriile nevoi şi drepturi nevoilor lui. Ea există pentru a satisface nevoile altora, într-adevăr, terapia familială în cazurile de incest revelează frecvent că victima îl protejează pe vinovat şi îşi menţine loialitatea faţă de el. Terapia familială eficientă necesită o atenţie deosebită faţă de aceste mecanisme psihodinamice. Loialitatea victimei faţă de vinovat trebuie să fie recunoscută şi respectată. Este, de asemenea, util să ne concentrăm pe dorinţa tatălui de relaţionare şi de conectare emoţională mai mult decât pe sexualitate sau perversiune (Gelinas, 1986). Victimele incestului povestesc frecvent că singura căldură pe care au primit-o vreodată în familia lor de origine a fost din partea tatălui. Epuizarea resurselor emoţionale ale mamei trebuie, de asemenea, abordată empatie, şi terapeutul trebuie să susţină capacităţile Eului ei. Terapeutul care abordează familia identificându-i şi căutând să-i pedepsească pe cei răi va fi întâmpinat cu o rezistenţă masivă – membrii familiei vor „strânge rândurile” pentru a exclude un atacant din afară care nu apreciază echilibrul homeostatic din interiorul sistemului familial.

Psihoterapia dinamică de grup este o altă modalitate care a fost utilizată eficient la pacienţii cu perversiuni. Voieriştii şi exhibiţioniştii pot să răspundă bine la modalităţile de grup. Într-un studiu (Rosen, 1964), 21 din

24 de pacienţi s-au vindecat ori s-au ameliorat la vizitele de control efectuate la 6 – 36 de luni după terapie. Terapia de grup impusă legal cu delincvenţii sexuali, cum ar fi pedofilii, a obţinut de asemenea rezultate satisfăcătoare, chiar în ambulatoriu (Ganzarain şi Buchele, 1990; Rappeport, 1974). Aceste grupuri oferă un amestec de suport şi confruntare din partea altor delincvenţi sexuali care sunt familiari în mod intim cu problema pacientului, exact aşa cum grupuri omogene de toxicomani şi alcoolici provoacă o presiune de grup pentru a sprijini schimbarea comportamentului distructiv. Ganzarain şi Buchele (1990) au găsit că excluderea pedofililor sever tulburaţi – cei cu sindrom organic cerebral, psihoze, abuz de substanţă, sociopatie pură şi perversiuni exclusive – poate să faciliteze identificarea unui subgrup de pedofili care vor răspunde bine la psihoterapia de grup expresivă. Deşi pacienţii în grupul lor de delincvenţi au negat frecvent responsabilitatea şi au externalizat vina, mulţi aveau sentimente de vinovăţie inconştiente şi un sentiment profund de ruşine şi umilinţă deoarece fuseseră descoperiţi. Tipic totuşi, aceste sentimente erau înlăturate de o rezistenţă considerabilă la explorarea psihoterapeutică. Deoarece tratamentul era impus legal, mulţi dintre delincvenţi i-au văzut pe terapeuţii de grup ca pe agenţi ai tribunalului şi şi-au asumat ca atare postura de a „îndeplini pedeapsa”. Acei pacienţi cu grade mai mici de sociopatie şi sentimente inconştiente de vinovăţie mai mari au fost în final în stare să folosească procesul de terapie de grup pentru a înţelege că ura lor faţă de femei se născuse din dorinţa lor de a fi iubiţi. Această înţelegere i-a dus la un control mai mare al impulsurilor lor sexuale şi la o ameliorare generală a capacităţii lor de a forma relaţii de obiect.

Tratamentul intraspitalicesc

Acei pacienţi parafilici care simt mai probabil să fie

spitalizaţi simt pedofilii şi, într-un grad mai mic, exhibiţioniştii care sunt pur şi simplu incapabili să-şi controleze comportamentul în context ambulatoriu. Multe din aceleaşi probleme de contratransfer descrise pentru tratamentele psihoterapeutice apar şi în tratamentul efectuat în spital. Negarea de către pacient a perversiunii sale poate să-i facă pe membrii echipei să se alieze cu el prin focalizarea pe alte probleme. Un exhibiţionist sta în mod tipic în holul central al secţiei cu o erecţie vizibilă sub pantalonii lui. Totuşi niciunul din echipa de îngrijire nu a raportat că ar fi observat acest comportament până când doctorul nu a evidenţiat că una dintre manifestările de contratransfer cu acest pacient era o frică de a privi. Acelaşi pacient stătea frecvent gol în camera sa până când o asistentă îşi făcea vizita; el reacţiona frecvent ca şi cum ar fi fost surprins şi indignat când ea îl vedea. Când medicul pacientului a adus în discuţie acest comportament într-o întrunire de grup în secţie, pacientul a încercat să capete suport de la colegii săi pacienţi, acuzându-l pe doctor că este insensibil şi crud deoarece îl pune într-o situaţie dificilă în faţa colegilor săi.

În general, pacienţii cu parafilii vor obiecta la discutarea problemelor lor în întruniri de grup sau întruniri ale comunităţii în ambulatoriu. Totuşi când membrii echipei se supun cererilor de a evita problemele sexuale în şedinţele terapeutice, ei se aliază cu tendinţa pacientului de a trece printr-o spitalizare întreagă fără să se ocupe de perversiunea care a necesitat spitalizarea. Mulţi pedofili sunt indivizi extraordinar de alunecoşi, care vor vrăji alţi pacienţi în încercarea lor de a evita confruntarea.

DI T, un profesor de 41 de ani, fusese implicat în activităţi sexuale pedofilice timp de mulţi ani. Când echipa spitalicească a insistat ca el să menţioneze

activitatea sa de abuz asupra copiilor la întrunirea comunităţii în secţie, dl T s-a supus, dar într-o astfel de marderă, încât nu a primit niciun feedback de la niciunul dintre ceilalţi pacienţi. El a început prin a spune că el iubea copiii şi că era preocupat de viitorul Americii. A vorbit pe larg despre iubirea lui pentru cele două fete ale lui şi despre preocuparea lui pentru cum le-ar putea afecta spitalizarea lui. A admis comportamentul său sexual cu copiii, dar a făcut ca acesta să sune benign. A explicat că nu a avut activităţi sexuale forţate cu niciun copil şi a susţinut că, de fapt, tuturor victimelor sale le-a plăcut contactul fizic cu el. A vorbit despre acest contact în termeni de „îmbrăţişare" şi „mângâiere" şi a susţinut că s-a întâmplat întotdeauna în contextul unei prietenii iubitoare. Până la sfârşitul naraţiunii sale, ceilalţi pacienţi au simpatizat mult cu el. Psihiatrul care răspundea de întrunire a întrebat dacă cineva a fost şocat sau scârbit de comportamentul domnului T. Toţi au negat o astfel de reacţie.

Pedofilii într-o secţie de spital pot efectiv să paralizeze grupurile de pacienţi astfel încât să nu le dea feedbackurile eficiente care sunt date altor pacienţi. În plus, cei cu trăsături izbitoare de personalitate antisocială pot pur şi simplu să mintă, aşa încât comportamentul lor pervers nu este pus în discuţie în timpul spitalizării lor. Un astfel de pacient a susţinut în toate cele 6 săptămâni ale spitalizării sale că el fusese acuzat pe nedrept. În ziua externării sale, el a recunoscut în faţa doctorului său cu un chicot că de fapt a abuzat un copil, dar nu a vrut să recunoască, în timp ce acest pacient îşi împacheta bagajul să plece din secţie, doctorul său a rămas cu un sentiment de frustrare şi de neputinţă în a face ceva pentru a

ameliora starea pacientului.

Alţi pedofili pot să convingă membrii personalului medical că ei simt complianţi la tratament, prin parcurgerea etapelor cerute de aceştia. Ei par a folosi insight-urile câştigate în psihoterapie despre originea impulsurilor şi dorinţelor lor, dar în secret nu au niciun interes în a se schimba. Ei „joacă jocul” tratamentului deoarece este preferabil închisorii. Un pedofil care era un pacient model în timpul spitalizării lui a declarat că impulsurile lui pedofilice erau strict sub control la externare. Chiar a spus că nici nu mai era excitat de copii. După transferul lui într-un apartament protejat după externare, a continuat să declare că nu mai era tulburat de dorinţele lui pedofilice. Iluzia s-a spulberat când poliţia a eliberat un mandat de arestare pe numele lui pentru două cazuri de abuz asupra unui copil. Acest obicei de a minţi membrii echipei în timpul etapelor tratamentului este mult prea comun în rândurile acestei populaţii de pacienţi. Unii pedofili pot, de aceea, să evolueze mult mai bine în instituţiile corecţionale cu programe specializate pentru delincvenţii sexuali care implică abordări de grup cu confruntări.

11.2 Disfuncţiile sexuale

Tehnicile comportamentale au dominat domeniul tratamentului disfuncţiilor sexuale timp îndelungat, bazate mult pe munca fundamentală a lui Masters şi Johnson (1970). După entuziasmul iniţial, au apărut studii care au raportat rezultate oarecum mai moderate (Kilmann et al., 1986; O’Connor şi Stern, 1972). Sexologii au recunoscut că motivaţia cuplurilor, starea relaţiei lor conjugale şi simptomele sexuale specifice au un impact mare asupra deciziei dacă tehnicile comportamentale sunt eficiente (Lansky şi Davenport, 1975). Problemele intrinseci fazei de

dorinţă, de exemplu, erau frecvent rezistente la terapia sexuală. Helen Singer Kaplan (1974, 1979, 1986) a dezvoltat un model sofisticat care combină tehnicile comportamentale cu abordările dinamice.

Mai recent, apariţia unor medicamente pentru disfuncţia erectilă, cum ar fi Viagra (sildenafil citrat), a schimbat drastic practica terapiei sexuale. O anchetă recentă a revistelor majore din domeniu (Winton, 2001) a găsit că interesul în domeniul disfuncţiilor sexuale s-a deplasat către disfuncţia erectilă masculină. Multe dintre aceste probleme sunt uşor tratabile cu medicaţie, şi a apărut recent un interes crescut în tratarea femeilor cu dorinţă sexuală hipoactivă şi disfuncţie orgasmică cu bupropion cu eliberare prelungită (Modell et al., 2000; Segraves et al., 2001).

Clinicienii ştiau de mult că atunci când o problemă sexuală este plângerea principală într-un interviu iniţial, ea este frecvent doar vârful aisbergului. Apariţia medicaţiei pentru disfuncţia erectilă a dus la naşterea unei varietăţi de probleme conjugale în cuplurile care ajunseseră la un echilibru mai mult sau mai puţin stabil doar cu contacte sexuale ocazionale. Multe cupluri s-au trezit în situaţia de a trebui să renegocieze relaţia lor maritală pentru a ajuta la clarificarea naturii problemelor legate de intimitate care fuseseră mascate de disfuncţia erectilă. Unii bărbaţi au început să aibă legături extraconjugale deoarece nu mai erau anxioşi în legătură cu capacitatea lor de a atinge sau a menţine o erecţie. Odată cu sprijinul acordat de celebrităţi agenţilor pentru disfuncţia erectilă la televiziune şi în reviste, ei au devenit un subiect care putea fi discutat în mod deschis. Au devenit astfel posibile eforturi de cercetare şi mai mari. Bărbaţii au încă un termen de circa trei ani între debutul problemelor erectile şi cererea de tratament din cauza ruşinii şi a jenei resimţite în legătură cu simptomul (Moore et al., 2003).

Indiferent dacă există cauze fizice legate de simptom, pentru mulţi bărbaţi este o lovitură în autostima lor când nu pot susţine un act sexual. De aceea, terapia maritală şi terapia individuală conjugate pot fi totuşi necesare, chiar dacă simt disponibile medicamente specifice. Mai mult decât atât, un procent semnificativ de bărbaţi şi de femei nu răspund la medicamentele folosite curent pentru disfuncţia sexuală.

11.2.1 înţelegere psihodinamică

Majoritatea disfuncţiilor sexuale clasificate pot fi categorisite ca tulburări ale dorinţei, ale excitaţiei sau ale orgasmului. Într-un eşantion reprezentativ pentru probabilitatea naţională de 1 749 de femei şi 1 410 bărbaţi cu vârste de 18 – 59 de ani (Laumann et al., 1999), 43 dintre femei şi 31 dintre bărbaţi au raportat un anumit grad de disfuncţie sexuală. Printre femei, prevalenţa dorinţei sexuale reduse a fost de aproximativ 22 şi prevalenţa problemelor de excitaţie a fost de 14. Printre bărbaţi, prevalenţa ejaculării premature, a disfuncţiei erectile şi a dorinţei sexuale reduse au fost de 21, 5 şi, respectiv, 5. Terapia sexuală scurtă şi/sau farmacoterapia pot fi tratamentele cu raportul cost/eficienţă cel mai bun pentru indivizii şi cuplurile care au dificultăţi în atingerea orgasmului, dar nu au nicio psihopatologie serioasă asociată. Tulburările asociate cu dorinţa şi excitaţia tind să fie mai refractare la terapia sexuală scurtă, deoarece ele sunt ancorate în factori psihopatologici cu rădăcini mai profunde (Kaplan, 1986; Reid, 1989). Această discuţie se focalizează asupra problemelor din aceste domenii.

Înţelegerea psihodinamică a pacientului sau a pacientei care nu are dorinţă sexuală sau a pacientului care are dorinţă, dar este incapabil să atingă o erecţie, începe cu o înţelegere atentă a contextului situaţional al

simptomului. Dacă pacientul este implicat într-o relaţie intimă, clinicianul trebuie să determine dacă problema dorinţei sau a excitaţiei este legată în mod specific de partener sau este generalizată pentru toţi partenerii sexuali potenţiali. Dificultăţile sexuale care sunt specifice pentru cuplu – ca opuse celor reprezentând dificultăţi intra-psihice primare care ar apărea cu orice partener – trebuie să fie înţelese în contextul dinamicii interpersonale a diadei. Clinicienii trebuie să-şi amintească totuşi că problemele care ţin de dorinţă, ca şi orice alte simptome psihologice, sunt determinate multiplu.

Eşantionul de probabilitate naţională din 1999 (Laumann et al., 1999) a revelat că relaţiile problematice, atât în prezent, cât şi în trecut, simt legate într-un grad înalt de disfuncţiile sexuale. De fapt, toate categoriile de disfuncţie sexuală la femeile din acest studiu au arătat asociaţii puternice cu nefericirea şi sentimentele de satisfacţie sexuală şi fizică reduse. Tulburarea de excitaţie la femei era legată semnificativ de transformarea în victimă sexuală prin contactul adult-copil sau prin contactul sexual forţat. Într-un studiu mai recent (Reissing et al., 2003), vaginismul era, de asemenea, legat de rate mai înalte ale abuzului sexual şi de o schemă sexuală proprie mai puţin pozitivă. Victimele masculine ale contactului adult-copil au fost găsite a fi de trei ori mai susceptibile să sufere de o disfuncţie erectilă faţă de cei care nu au fost victime. Victimele masculine ale abuzului sexual în copilărie erau de două ori mai susceptibile să sufere de ejaculare prematură şi dorinţă sexuală scăzută în comparaţie cu subiecţii din grupul de control care nu suferiseră traume în copilărie. Investigatorii au sublimat că efectele profunde şi pe termen lung asupra funcţionării sexuale par a rezulta din acte sexuale traumatice la ambele sexe.

Levine (1988) a delimitat trei elemente discrete ale

dorinţei sexuale care trebuie să funcţioneze în sincronie pentru ca dorinţa şi excitaţia să fie adecvate: pulsiunea, dorinţa şi motivaţia. Pulsiunea îşi are rădăcinile în biologie şi poate fi afectată de factori fizici, cum ar fi nivelul de hormoni, bolile medicale şi medicamentele. Elementul dorinţă este mai intim legat de factori de ideaţie sau cognitivi conştienţi. De exemplu, în prezenţa unei componente pulsionale normale, un individ poate să dorească să nu aibă relaţii sexuale din cauza unor prohibiţii religioase sau din cauza unei frici de a nu contacta virusul HIV. Cel de-al treilea element, motivaţia, este intim legat de nevoile relaţionale de obiect inconştiente şi este componenta cea mai probabilă a fi punctul de focalizare al intervenţiei terapeutice.

După Levine, clinicianul trebuie să evalueze toate cele trei elemente şi să încerce să înţeleagă de ce acestea nu sunt integrate într-un întreg funcţional. Numeroşi factori pot să interfereze cu motivaţia unui individ. Un partener din cuplu poate să aibă o relaţie extraconjugală şi pur şi simplu soţia lui să nu mai prezinte interes pentru el; un soţ poate să simtă un resentiment şi o mânie cronică atât de mare faţă de celălalt, încât relaţiile sexuale să fie excluse. Problemele din relaţia nonsexuală a cuplului sunt probabil motivul pentru majoritatea cazurilor de inhibiţie a dorinţei sexuale. Distorsiunile de transfer ale unui partener sexual pot, de asemenea, să joace un rol-cheie în tulburarea motivaţiei, în multe cupluri care intră într-o terapie maritală sau sexuală, soţii se relaţionează inconştient unul cu celălalt precum cu părintele de sex opus. Când aceasta se întâmplă, relaţiile sexuale pot fi resimţite inconştient ca incestuoase, astfel încât partenerii rezolvă anxietatea asociată cu acest tabu prin evitarea completă a sexului. Simpson (1985) a raportat un caz de terapie sexuală în care soţia era foarte rezistentă în a face exerciţiile prescrise. Când această rezistenţă a fost

explorată dinamic, soţia a fost în stare să recunoască în faţa terapeutului că o parte din ea dorea ca soţul ei să eşueze în terapia sexuală. Ea şi-a revelat teama că soţul ei ar putea deveni un „afemeiat” precum tatăl ei dacă şi-ar recăpăta funcţionarea sexuală normală. Această distorsiune de transfer a soţului ei ameninţa să submineze succesul terapiei sexuale. Chiar indivizii singuri în terapie sau analiză pot să aibă experienţa unor ataşamente precum cel de transfer faţă de un partener sexual potenţial, care determină tulburări ale motivaţiei.

DI U era un bărbat de 25 de ani, jurist, singur, care a început analiza din cauza unor probleme variate în capacitatea sa de a munci şi de a iubi. Componenta pulsională a dorinţei sexuale a domnului U era integral adecvată – se masturba de câteva ori pe zi pentru a uşura tensiunea sexuală intensă. Componenta de voinţă a dorinţei era, de asemenea, intactă. El aspira să aibă relaţii sexuale cu o femeie adecvată şi fantasma despre aceasta. Totuşi elementul motivaţional părea să lipsească, aşa cum a fost evidenţiat prin schema sa caracteristică de comportament, de fiecare dată când se simţea atras de o femeie. Pe măsură ce vorbea despre femeie în analiză, el devenea convins până la lacrimi că, până la urmă, va pierde obiectul actual al dorinţelor sale. Anticiparea pierderii declanşa sentimente atât de puternice de durere şi atât de copleşitoare, încât decidea să nu mai caute nicio relaţie, ci să se retragă în schimb în masturbaţia solitară.

De fiecare dată când dl U a avut aceste sentimente de pierdere anticipată, analistul său încerca să stimuleze asociaţii cu evenimente sau experienţe de viaţă anterioare care ar fi putut să

provoace sentimente asemănătoare. După o perioadă considerabilă de muncă analitică, pacientul a început în sfârşit să găsească un sens pentru sentimentele sale. Când pacientul avea cinci ani, tatăl său fusese plecat la război pentru un an. În acest timp, dl U fusese „bărbatul casei", ocupând o poziţie specială faţă de mama sa în absenţa rivalului său principal la afecţiunea ei. Uneori, chiar dormise cu ea în pat. Când tatăl domnului U s-a întors, oricum, pacientul a suferit pierderea devastatoare a acestei relaţii intime speciale cu mama sa.

Amintirea pacientului despre această perioadă din viaţa lui l-a ajutat să-şi înţeleagă motivele pentru care nu căuta relaţii sexuale. Cum îi plăcea o femeie, el începea să simtă un ataşament matern de transfer. Resimţind-o la nivel inconştient) ca pe mama lui, devenea convins că şi ea îl va „lăsa" pentru un alt bărbat, aşa cum mama sa îl dăduse la o parte pentru tatăl său. Domnului U îi era teamă să se confrunte din nou cu această durere, ceea ce îl făcuse să evite relaţiile sexuale. Acest insight l-a pus pe dl U în contact şi cu o anxietate de castrare considerabilă. El a realizat că era profund îngrijorat că penisul său ar putea să fie rănit în timpul contactului sexual, o îngrijorare pe care a asociat-o în cele din urmă cu frica sa de pedeapsă pentru că îi luase locul tatălui în patul mamei sale.

Capacitatea noastră pentru excitaţia şi dorinţa sexuală este clar în legătură intimă cu relaţiile noastre interne de obiect. Scharff (1988) a dezvoltat un model de relaţii de obiect pentru dorinţa sexuală inhibată bazată pe teoriile lui Fairbairn 1952) despre dezvoltare (vezi Capitolul 2). Fairbairn a postulat două sisteme de „obiecte

rele”, Eul libidinal şi obiectul libidinal, în care Eul tânjeşte după un obiect tentant, şi Eul antilibidinal şi obiectul antilibidinal, în care Eul simte ură şi mânie pentru un obiect atacator, neglijent sau care abandonează. Obiectul rejectant sau antilibidinal încearcă să elimine obiectul excitant sau libidinal. În modelul lui Scharff, sistemul antilibidinal interferează atunci cu excitaţia sexuală, care derivă din sistemul libidinal.

Aceste abstracţii metapsihologice pot fi mai uşor înţelese prin examinarea dezvoltării unei relaţii tipice. Indivizii sunt atraşi unul către celălalt ca un rezultat al activării sistemului de obiect libidinal sau de obiect care excită nevoia. Prin identificarea proiectivă mutuală, fiecare îl priveşte pe celălalt ca pe obiectul excitant. Pentru a menţine starea idealizată „de iubire”, fiecare trebuie să reprime obiectul antilibidinal sau rejectant. Totuşi, pe măsură ce prospeţimea şi strălucirea se duc, relaţiile de obiect reprimate încep să iasă la suprafaţă, mai ales când nevoile sunt inevitabil frustrate. În acest punct, obiectul rejectant al sistemului antilibidinal este proiectat în partener şi excitaţia sexuală este contaminată de percepţia partenerului ca persecutor sau capabil de abandon.

În modelul lui Scharff, clinicienii trebuie să evalueze tulburările dorinţei în funcţie de trei arii diferite ale relaţiilor de obiect externe şi interne: 1) realităţile externe ale relaţiei maritale curente a cuplului; 2) lumea obiectală internă a fiecărui individ şi cum afectează ea capacitatea pentru intimitatea sexuală; şi 3) constelaţia familială curentă (cuprinzând copiii, părinţii în vârstă şi alţi factori) şi cum afectează ea dorinţa sexuală. Scharff a observat că dorinţa sexuală este mult afectată de stadiul de dezvoltare al căsătoriei însăşi.

O evaluare psihodinamică a dorinţei sexuale inhibate trebuie să recunoască posibilitatea ca „pacientul desemnat” să nu fie cel care are nevoie de tratament.

Helen Singer Kaplan (1988) a studiat cupluri în care un partener este atât de subtil sensibil la rejecţie, încât celălalt partener va pierde interesul în a avea relaţii sexuale. În multe dintre aceste cazuri, partenerul-femeie suferă de o tulburare de panică, iar trăirea plăcerii de către partener este percepută ca un abandon al ei. Nicio asigurare din partea partenerului bărbat nu o va convinge pe femeie de angajamentul său faţă de ea. Kaplan a susţinut că partenera aparent „asimptomatică" poate să aibă nevoie să realizeze că eforturile ei de control îl fac pe partenerul ei să se retragă din intimitatea sexuală.

Pacienţii cu tulburări primare, mai ales cei cu schizofrenie şi trăsături borderline severe, pot găsi proiectul de fuziune genitală covârşitor pentru Eul lor fragil. Factorii motivaţionali la aceşti pacienţi care duc la inhibarea dorinţei sexuale sunt legaţi de stările anxioase primitive descrise în Capitolul 9, cuprinzând anxietatea de dezintegrare, anxietatea persecutorie şi o teamă de fuziune cu partenerul. Abstinenţa de la relaţiile sexuale poate astfel să apară ca un mod de a păzi integritatea Sinelui. Teme psihodinamice specifice simt deseori legate de experienţa orgasmului care poate fi foarte perturbatoare pentru pacienţii organizaţi la un nivel borderline sau psihotic (Abraham, 2002). Acestea trebuie luate în considerare când formulăm o înţelegere completă şi un plan de tratament pentru pacienţii cu disfuncţie sexuală.

11.2.2 Consideraţii asupra tratamentului

Clinicianul care evaluează tulburările sexuale funcţionale trebuie să decidă dacă să prescrie terapie sexuală comportamentală scurtă, terapie de cuplu, psihanaliză sau psihoterapie expresiv-suportivă, farmacoterapie sau orice combinaţie între acestea. Deseori

sunt folosite combinaţii de tratamente pentru beneficii maxime. Impactul schimbărilor în performanţa sexuală a unui cuplu are frecvent efecte cu răsunet îndepărtat care necesită intervenţie psihoterapeutică. Medicamentele pentru disfuncţia erectilă ca sildenafilul au primit mai multă atenţie în ceea ce priveşte potenţialul lor de a tulbura echilibrul marital, dar pacientele cărora le-a fost prescris bupropion pot, de asemenea, să fie copleşite de o dorinţă sexuală intensă care este resimţită ca aproape de necontrolat uneori (Bartlik et al., 1999), iar impactul asupra unui cuplu poate necesita şi el un travaliu psihoterapeutic.

Indicaţiile pentru modalităţile variate de tratament pot să nu fie întotdeauna clare în timpul evaluării iniţiale. Terapia sexuală comportamentală scurtă are şanse de succes dacă un cuplu este foarte motivat, dacă niciunul dintre parteneri nu are o psihopatologie serioasă, dacă fiecare partener este satisfăcut în mod rezonabil în relaţie şi dacă disfuncţia se bazează pe anxietatea de performanţă şi este legată de faza de orgasm. Cuplurile care suferă de inhibarea dorinţei sexuale şi sunt în general deziluzionate în relaţie pot necesita terapie maritală un timp, pentru a aborda problemele de bază din relaţia lor. Dacă cuplul decide să stea împreună după terapia maritală, atunci tehnicile de terapie sexuală pot fi recomandate într-un mod mai apropiat.

Cuplurile care par candidaţi potriviţi pentru tehnicile din terapia sexuală scurtă, dar care subminează procesul prin nepracticarea exerciţiilor pot avea nevoie de un tratament hibrid pe care Helen Singer Kaplan (1979) l-a numit terapie psihosexuală. În acest tratament, terapeutul prescrie exerciţii comportamentale şi apoi abordează orice rezistenţe la practicarea exerciţiilor cu psihoterapie psihodinamică. Kaplan a găsit că această combinaţie de tehnici este critică pentru tratamentul de succes al unor

pacienţi. Porţiunea dinamică a acestui tratament permite explorarea unor teme cum ar fi sentimentele intense de vinovăţie ale pacientului faţă de plăcerea sexuală. Transferurile parentale către partener pot fi, de asemenea, descoperite şi explorate. În plus, mulţi pacienţi au conflicte inconştiente în legătură cu a avea succes în orice demers – inclusiv performanţa sexuală –, care trebuie examinate. Kaplan (1986) a găsit şi că unii pacienţi pun în act inconştient rolul de „perdant" sau de „ratat" care li s-a dat în familia lor de origine.

Pacienţii cu patologie severă de caracter sau conflicte despre sexualitate profund înrădăcinate ar trebui trataţi prin psihanaliză sau psihoterapie expresiv-suportivă (Kaplan, 1986; Levine, 1988; Scharff, 1988). Uneori aceste probleme revin la suprafaţă doar în timpul unei evaluări prelungite în terapia sexuală (Scharff, 1988). Unii pacienţi pot să nu fie convinşi de necesitatea psihoterapiei intensive individuale pe termen lung până când nu au încercat metode scurte şi le-au găsit ineficiente. Terapia sexuală prelungită îi permite, de asemenea, terapeutului să ajungă la o viziune mai profundă asupra relaţiilor de obiect interne ale fiecărui membru al cuplului. Aşa cum este descris în secţiunea asupra terapiei maritale şi familiale axate pe relaţiile de obiect în Capitolul 5, terapeutul „conţine" diferitele identificări proiective de la ambii soţi. Terapeuţii care sunt deschişi la acest proces pot diagnostica modele problematice de relaţii de obiect în cuplu prin „experienţa la primă mână". Totuşi, când există un conflict nevrotic profund înrădăcinat în legătură cu sexualitatea sau când există o patologie severă de caracter, terapia sexuală va exacerba frecvent aceste probleme (Lansky şi Davenport, 1975). Exerciţiile prescrise cu focalizare pe senzaţii vor forţa cuplul să se confrunte cu probleme care sunt de obicei evitate din cauza felului în care a fost organizată relaţia lor. Mai ales în cazurile în

care există o istorie de traumă sexuală, prescrierea terapiei sexuale poate fi resimţită ca o formă de traumă prin ea însăşi şi poate avea efecte antiterapeutice cu răsunet adânc asupra cuplului.

Dna V era o femeie casnică de 46 de ani care a intrat în terapie sexuală cu soţul său din cauza lipsei ei totale de interes faţă de relaţiile sexuale. După câteva şedinţe neproductive, terapeutul sexual a trimis-o pe d-na V să urmeze o psihoterapie expresiv-suportivă individuală. S-a simţit uşurată când l-a văzut pe psihoterapeutul său individual pentru prima dată, deoarece a realizat că nu va fi „forţată şi aibă relaţii sexuale" cu soţul său.

Ea a descris relaţia sa maritală ca implicând un rol de îngrijire pentru ea care nu-i adusese nicio mulţumire din partea soţului. El se pensionase cu 4 arii înainte şi îşi petrecea acum zilele stând prin preajma casei şi uitându-se ia televizor. Ea nu era fericită cu relaţia lor, dar el părea a fi puţin interesat în a o schimba. Ea s-a criticat în mod repetat, spunând că nu merita o viaţă mai bună decât cea pe care o avea. Când acest model de autodenigrare şi de resemnare i-a fost evidenţiat de către terapeut, d-na V a mărturisit că de fiecare dată când se simţise bine în viaţa ei fusese „terminată". A dat numeroase exemple, inclusiv moartea unuia dintre copiii ei, pentru a ilustra cum fusese întotdeauna pedepsită pentru orice sentimente pozitive pe care le avusese despre evenimente din viaţa sa.

Deşi d-na V a vorbit despre o gamă largă de subiecte în psihoterapia ei, a refuzat în mod constant să menţioneze ceva despre sexualitatea ei sau despre

problemele sexuale care o aduseseră la tratament în primul rând. Terapeutul a început să se simtă ca şi cum ar obliga-o să facă faţă problemelor ei sexuale. Când a întrebat-o cu delicateţe despre ele, ea a răspuns ca unui violator, simţindu-se violată şi retrăgându-se în tăcere. Terapeutul şi-a folosit sentimentele de contratransfer pentru a diagnostica o relaţie internă cu obiectul care fusese externalizată în psihoterapie. El i-a spus d-nei V: „Păreţi că reacţionaţi ca şi cum v-aş traumatiza cu întrebările mele despre sexualitate. Repetă oare aceasta o traumă legată de sex din trecutul dumneavoastră?”. Dna V s-a prăbuşit şi a recunoscut plângând un istoric de traumă sexuală timpurie în mâinile unui unchi. S-a deschis mai mult şi în legătură cu prima ei căsătorie, explicând că avusese un număr de legături extraconjugale care au dus la două avorturi ilegale. Fusese întotdeauna „fetiţa tatii”, şi se întreba dacă nu-l căutase pe tatăl său în toate aceste legături. Acest insight a fost cuplat cu o conştientizare a faptului că se oprise în a mai avea legături extraconjugale când tatăl său murise în urmă cu vreo 18 ani. Tatăl ei fusese implicat în unele dintre problemele ei maritale care apăruseră din cauza promiscuităţii ei, şi el păruse foarte tulburat de infidelitatea ei faţă de soţ. Ea chiar a speculat că acest comportament al ei promiscuu din prima căsătorie ar fi putut să cauzeze moartea tatălui. Cu interpretări din partea terapeutului, d-na V a început să înţeleagă că sacrificiul de sine şi devotamentul ei dezinteresat în a avea grijă de soţ erau o formă de reparaţie psihologică pentru răul pe care credea că i-l făcuse tatălui ei. Începea, de asemenea, să înţeleagă că îşi refuzase plăcerea sexuală ca să se pedepsească pentru promiscuitatea ei şi pentru cele

două avorturi.

Cazul d-nei V ilustrează cum probleme sexuale profund înrădăcinate pot fi egosintonice, deoarece ele satisfac unele nevoi psihologice. Mulţi pacienţi cu disfuncţii sexuale sunt de fapt convinşi că nu ar trebui să simtă plăcere sexuală, aşa că ei investesc în a-şi menţine simptomatologia. Tratamentul disfuncţiilor sexuale este o arie a psihiatriei încărcată cu înaltă valoare. Clinicienii trebuie să-şi tempereze nevoia contratransferenţială de a vindeca cu respect pentru dreptul pacientului de a alege un model particular de adaptare sexuală. Helen Singer Kaplan (1986) a observat că unele femei care eşuează în atingerea orgasmului raportează totuşi relaţii sexuale satisfăcătoare; asemenea femei nu caută de obicei tratament pentru disfuncţia sexuală. În plus, mulţi celibatari din proprie voinţă din ordinele religioase duc vieţi fericite şi productive. În final, clinicienii trebuie să aibă în minte că, pentru unii pacienţi, un simptom sexual nu este nimic mai mult decât un bilet de intrare la psihoterapie. Odată admişi, aceşti pacienţi devin mai interesaţi de alte domenii ale vieţii lor şi simptomele sexuale îşi pierd semnificaţia.**12. Tulburările datorate utilizării de substanţe şi tulburările de comportament alimentar**

În acest capitol, iau în discuţie două categorii diagnostice care implică simptome autodistructive distincte. *Abuzul de substanţă* este definit prin ingestia de substanţe chimice care poate să ducă la adicţie, la probleme fizice care să ameninţe viaţa şi la o mulţime de probleme emoţionale. *Tulburările de comportament alimentar* sunt definite prin supraalimentare, eliminare voluntară a alimentelor şi înfometare. Ambele grupuri de tulburări prezintă o problemă complexă pentru clinicienii

psihodinamici: care este rolul abordărilor dinamice în tulburări care necesită controlul simptomului ca un pas major al efortului terapeutic? În unele locuri, înţelegerea psihodinamică este considerată irelevantă pentru managementul adicţiei şi al tulburărilor de comportament alimentar. Totuşi un volum considerabil de literatură clinică şi de cercetare sugerează altceva.

12.1 Tulburările datorate utilizării de substanţe

Deoarece psihiatrii psihodinamici se simt deseori frustraţi în eforturile lor de a trata pacienţi alcoolici, ei pot să abandoneze sau să evite astfel de eforturi. Recăderea este obişnuită, şi interpretările motivaţiilor inconştiente par a avea frecvent puţin impact asupra comportamentului însuşi de consum de alcool. Modelele psihodinamice ale alcoolismului sunt privite cu scepticism atât de profesioniştii sănătăţii mintale, cât şi de societate în general.

Alte două modele – modelul moral şi modelul de boală – beneficiază de mult mai mult sprijin (Cooper, 1987). Modelul moral îi vede pe indivizii alcoolici ca purtând responsabilitatea completă pentru alcoolismul lor. Din acest punct de vedere, persoanele alcoolice sunt indivizi hedonişti interesaţi doar de propria lor plăcere, fără nicio considerare pentru sentimentele altora. Acest model îşi are rădăcinile în credinţa religioasă fundamentalistă conform căreia alcoolismul este un semn de josnicie morală. Eşecurile voinţei sunt legate strâns de noţiunea de păcat, şi pedeapsa prin sistemul legal este privită frecvent ca modul apropiat de a trata cu indivizii alcoolici, Eliminarea comportamentului de consum de alcool este o problemă care ţine de învingerea voinţei slabe, pentru ieşirea din această situaţie dificilă prin efort propriu.

Succesul Alcoolicilor Anonimi (AA) şi al altor programe cu douăsprezece trepte au dus la popularitatea crescândă a modelului de boală a abuzului de substanţă. Spre deosebire de modelul moral, această paradigmă eliberează persoana dependentă de substanţă de responsabilitatea pentru boala ei. Aşa cum o persoană diabetică nu este considerată responsabilă pentru diabetul său, individul alcoolic nu este considerat responsabil pentru alcoolism. Persoanele dependente de substanţă simt văzute ca având o dispoziţie inerentă la adicţia la substanţe exogene; factorii psihologici sunt irelevanţi. Deşi acest model a apărut ca răspuns la reacţiile moralizatoare şi la tratamentul inuman al persoanelor alcoolice, el a câştigat recent sprijin din studiile genetice ale tulburărilor corelate cu utilizarea de substanţă. Chiar când sunt crescuţi separat de părinţii lor alcoolici, aceşti copii au un risc crescut de a deveni alcoolici ca adulţi (Goodwin, 1979; Schuckit, 1985). Studiile pe gemeni la perechile de sex atât masculin, cât şi feminin (Kendler et al., 1992; Prescott şi Kendler, 1999) sugerează că factorii genetici joacă un rol major în dezvoltarea alcoolismului, cu influenţe similare pentru abuzul de alcool şi dependenţa de alcool. Cercetările din ce în ce mai sofisticate asupra factorilor genetici şi de mediu sugerează că există riscuri genetice specifice pentru tulburările datorate utilizării de substanţă în plus faţă de influenţele de mediu (Kendler et al., 2003; Rhee et al. 2003).

Un sprijin suplimentar pentru modelul de boală a venit de la studiul prospectiv al lui Vaillant (1983) asupra pacienţilor alcoolici de sex masculin de-a lungul întregului curs al vieţii lor adulte. El a găsit că dezvoltarea eventuală a alcoolismului nu poate fi prezisă din experienţele adverse din copilărie sau chiar din profilurile psihologice ale acestor subiecţi ca adulţi tineri. Singurul factor de încredere de predicţie al alcoolismului la adult a fost

comportamentul antisocial. Vaillant a tras concluzia că depresia, anxietatea şi alte caracteristici psihologice frecvent asociate cu persoanele alcoolice erau mai mult consecinţe decât cauze ale tulburării.

Modelul moral este aplicat mai mult consumatorilor de drog decât persoanelor alcoolice, în mare parte totuşi din cauza suprapunerii extinse dintre comiterea de delicte şi abuzul de drog. Mult din controversa asupra răspunsului apropiat la problema naţională a drogurilor se referă la întrebarea dacă persoanele dependente sunt controlate mai bine prin abordările punitive orientate legal sau prin abordările terapeutice orientate medical. Modelul de boală şi grupurile de autoajutor asociate lui au avut mai puţin succes cu consumatorii de droguri, aşa cum a evidenţiat Vaillant însuşi (1988), din cauza diferenţelor aparente fundamentale între persoanele alcoolice şi consumatorii de multiple droguri care necesită abordări diferenţiate. Având în vedere aceste diferenţe esenţiale, secţiunea următoare examinează pe rând înţelegerea psihodinamică a persoanelor alcoolice şi a consumatorilor de droguri.

12.1.1 Abordări psihodinamice ale acoolismului

Abordarea AA a problemei alcoolismului a fost foarte eficientă în tratamentul multor cazuri individuale. Deşi organizaţia AA însăşi promovează modelul de boală, metodele sale se adresează nevoilor psihologice şi facilitează modificări durabile ale structurii personalităţii (Mack, 1981). Abstinenţa este obţinută într-un context interpersonal în care persoanele alcoolice pot avea experienţa unei comunităţi de colegi de suferinţă interesaţi şi plini de grijă. Aceste figuri grijulii pot fi internalizate în aceeaşi manieră în care este internalizat un psihoterapeut, şi ele o pot asista pe persoana acoolică în managementul afectului, controlul impulsului şi în alte funcţii ale Eului,

aşa cum ar face şi un psihoterapeut. Prin urmare, modelul psihodinamic poate să faciliteze înţelegerea unora dintre schimbările aduse de abordarea AA (Mack, 1981).

Pentru multe persoane, schimbările psihologice încurajate de AA şi abstinenţa asociată cu angajarea faţă de idealurile ei şi participarea regulată la întâlniri reprezintă un tratament suficient. Clinicianul sensibil psihodinamic, înţelegând valoarea acestei abordări, trebuie să aibă buna judecată de a lăsa lucrurile aşa. Experienţa clinică a arătat totuşi, în mod repetat, că AA nu este potrivită pentru toţi pacienţii cu alcoolism. Se pare că este mai bună pentru cei care pot accepta ideea că ei nu au control asupra consumului lor de alcool şi au deci nevoie să se predea unei „puteri mai mari" şi pentru cei care nu suferă de o altă tulburare psihiatrică. Frances et al. (2004) au subliniat că unii pacienţi cu fobie socială, evitare generală, dezgust la adresa spiritualităţii şi reacţii negative puternice la grupuri în general pot opta pentru psihoterapie psihodinamică individuală ca o alternativă.

Majoritatea experţilor în alcoolism ar fi de acord că alcoolismul este o tulburare eterogenă cu o etiologie multifactorială (Donovan, 1986).

Ceea ce merge pentru un pacient poate să nu meargă pentru un altul, şi toate tratamentele sunt înconjurate de controverse. O trecere în revistă a studiilor tratamentului (Mecrady şi Langenbucher, 1996) a sugerat că tratamentele specifice par a avea o eficienţă diferenţiată cu diferite grupuri de pacienţi. Niciun tip de terapie nu e considerabil mai bun decât alt tip de terapie. Într-un proiect naţional sponsorizat de Institutul Naţional de Studiu al Abuzului de Alcool şi al Alcoolismului (Proiectul Grupului de Cercetare MATcH 1997), au fost comparate trei tipuri de terapie: terapia cognitiv-comportamentală, terapia de facilitare în 12 trepte pentru pregătirea subiecţilor pentru angajamentul faţă de AA şi terapia de

creştere a motivaţiei având drept scop ameliorarea capacităţii şi voinţei de schimbare a comportamentului de consum de alcool. În ansamblu, toate cele trei tratamente au avut rezultate rezonabil de bune, şi niciunul nu a avut mai mult succes decât altul. Este clar că niciun tratament nu este definitiv, iar clinicienii trebuie să abordeze individual fiecare pacient şi să facă o evaluare psihiatrică atentă înainte de a dezvolta un plan de tratament croit individual.

Din păcate, modelul de boală a promulgat „depsihologizarea" alcoolismului. Concluziile trase de Vaillant (1983) sunt în conflict cu cele bazate pe alte studii longitudinale care sugerează că factorii de personalitate pot fi importanţi pentru o înţelegere a vulnerabilităţii la alcoolism (Sutker şi Allain, 1988). Mai mult, concluziile lui Vaillant sunt valabile atât cât sunt valabile şi instrumentele sale de măsură. Dodes (1988) a observat că metodele lui Vaillant nu sunt capabile să identifice o trăsătură critică a pacienţilor alcoolici – şi anume tulburarea autostimei, aşa cum o arată inabilitatea lor de a avea grijă de ei înşişi.

Poate că cea mai mare dificultate a abordării tratamentului sugerată de Vaillant şi de alţi aderenţi stricţi la modelul de boală este aceea că ea ignoră eterogenitatea tulburării. Alcoolismul nu este o entitate monolitică. De fapt, putem să ne referim cu mai multă acurateţe la „alcoolisme" (Donovan, 1986). Numeroase studii atestă că nu există o unică „personalitate alcoolică" care să predispună la alcoolism (Donovan, 1986; Mulder, 2002; Nathan, 1988; Sutker şi Allain, 1988). Deşi numeroase studii leagă comportamentul antisocial şi hiperactivitatea de alcoolismul ulterior, nu s-a găsit nicio dimensiune a personalităţii care să fie specifică pentru vulnerabilitatea la dependenţa alcoolică ulterioară (Mulder, 2002). Totuşi, când lucrezi cu un pacient individual, variabilele de personalitate şi problemele psihologice pot fi foarte

relevante. O interpretare îngustă a modelului de boală poate să-i facă pe clinicieni să ignore cum contribuie aceşti factori la recădere în cursul bolii.

Deşi nicio trăsătură specifică de personalitate nu este predictivă pentru alcoolism, observatorii psihanalitici au notat în mod repetat defecte structurale, cum ar fi slăbiciunea Eului şi dificultatea în menţinerea autostimei (Donovan, 1986). Atât Kohut (1971), cât şi Balint (1979) au observat că alcoolul are funcţia de a înlocui structuri psihologice care lipsesc şi restaurează astfel o anumită senzaţie de autorespect şi de armonie interioară. Din păcate, aceste efecte durează doar cât ţine intoxicaţia. Khantzian (1982) a observat, de asemenea, că pacienţii alcoolici au probleme cu autostima, modularea afectului şi capacitatea de autoîngrijire. O trecere în revistă a 12 studii de pacienţi alcoolici la care s-a făcut o încercare specifică de a diagnostica o tulburare de personalitate a arătat că prevalenţa comorbidităţii tulburărilor de pe Axa II a variat de la 14 la 78 (Gorton şi Akhtar, 1994). Recentul Studiu Epidemiologie Naţional asupra Alcoolului şi Stărilor Corelate a realizat investigaţii faţă-n-faţa a 43 093 de indivizi care aveau vârsta de 18 ani şi mai mult (Grant et al., 2004). Printre cei cu tulburare actuală cauzată de consumul de alcool, 28, 6 aveau cel puţin o tulburare de personalitate, pe când 47, 7 dintre cei cu o tulburare actuală datorată consumului de drog aveau cel puţin o tulburare de personalitate. Asocierea dintre tulburările datorate consumului de alcool sau de drog şi tulburările de personalitate era copleşitor de pozitivă şi de relevantă. Atât tulburările cauzate de consumul de alcool, cât şi cele cauzate de drog au fost mai puternic legate de tulburările de personalitate antisocială, histrionică şi dependentă.

Aceste studii sunt citate nu pentru a-i convinge pe cititori că toate persoanele alcoolice au tulburări psihiatrice coexistente sau deficite intra-psihice

preexistente, ci mai mult ca să reliefeze faptul evident că adicţia la alcool apare la o persoană. Un individ poate să dezvolte alcoolismul ca o cale comună finală a unei interacţiuni complexe între deficite structurale, predispoziţie genetică, influenţe familiale, contribuţii culturale şi alte variabile de mediu. O evaluare psihodinamică atentă a pacientului va considera alcoolismul şi toţi factorii contribuitori în contextul întregii persoane. Este de mai mare interes pentru cercetători decât pentru clinicieni dacă depresia, de exemplu, este o cauză sau o consecinţă a alcoolismului sau este o stare de boală complet separată. Când indivizii alcoolici încetează să mai bea şi privesc înapoi la distrugerea cauzată de existenţa lor alcoolică, ei se confruntă frecvent cu o mare doză de depresie. Această depresie îşi are originea în recunoaşterea dureroasa că i-au rănit pe alţii (frecvent, pe cei mai importanţi pentru ei). Ei trebuie şi să facă doliul lucrurilor (relaţii, posesiuni materiale) pe care le-au pierdut sau le-au distrus ca rezultat al comportamentului lor adictiv, Pe când medicaţia antidepresivă poate să uşureze depresia, psihoterapia poate să sprijine în procesul de perlaborare a acestor probleme dureroase. De asemenea, evaluarea şi tratamentul riscului suicidar trebuie să fie parte a abordării globale a tratamentului pacienţilor alcoolici. Douăzeci şi cinci la sută dintre toate sinuciderile apar la indivizi alcoolici şi riscul suicidar al unei persoane alcoolice este între 60 şi 120 de ori mai mare faţă de al unei persoane care nu este bolnavă psihic (Murphy şi Wetzel, 1990). Când depresia şi alcoolismul sunt găsite împreună, ele au un efect sinergie sau aditiv care determină un nivel disproporţionat de înalt al suicidalităţii acute (Cornelius et al., 1995; Pages et al., 1997).

O altă implicaţie a observaţiei că alcoolismul apare la un individ este că fiecare persoană va prefera şi va accepta

diferite opţiuni de tratament. Dodes (1988) nota: „Unii pacienţi sunt în stare să folosească doar psihoterapia, alţii pot folosi doar AA şi sunt şi cei care vor fi mai bine trataţi cu o combinaţie din amândouă. Prescrierea cu acurateţe a tratamentului necesită o judecată clinică individuală” (pp. 283 – 284). Deşi Vaillant (1981) a declarat psihoterapia ca zadarnică în tratamentul alcoolismului, unii pacienţi sunt în stare să-şi menţină sobrietatea doar cu psihoterapie (Dodes, 1984; Khantzian, 1985 a). Un stereotip nefericit de „om de paie” aplicat frecvent psihoterapiei dinamice a pacienţilor alcoolici este acela că terapeutul descoperă motivaţiile inconştiente pentru consumul de alcool în timp ce ignoră comportamentul efectiv de consum de alcool al pacientului. Faptul că psihoterapia poate fi folosită greşit de unii pacienţi şi de unii terapeuţi nu înseamnă totuşi că trebuie declarată inutilă ca tratament (Dodes, 1988).

Pacienţii implicaţi în AA sunt frecvent şi în psihoterapie. Într-un studiu, mai mult de 90 dintre alcoolicii abstinenţi implicaţi în AA care au făcut psihoterapie au găsit că le-a fost de folos (Brown, 1985). Psihoterapia şi AA lucrează frecvent sinergie. Dodes (1988) a observat că pacienţii alcoolici pot dezvolta, în termeni de psihologie a Sinelui, un transfer idealizant sau în oglindă faţă de organizaţia AA. Ei o văd, în viaţa lor, ca pe o figură plină de grijă, idealizată, care îi susţine şi le oferă suport. Acest transfer poate fi clivat de transferul psihoterapeutic, şi este înţelept dacă psihoterapeutul amână analiza lui. În cele din urmă, funcţiile de obiect ai Sinelui ale AA pot fi internalizate suficient, încât să amelioreze autoîngrijirea şi să crească autostima. După un anumit grad de internalizare, psihoterapeuţii pot să facă trecerea în terapie de la accentul suportiv la unul mai expresiv.

Majoritatea terapeuţilor care lucrează cu pacienţi alcoolici argumentează că abstinenţa este necesară pentru

ca psihoterapia să fie eficientă (Frances et al., 2004). Totuşi terapeuţii recunosc, de asemenea, că recăderea este probabilă şi că majoritatea terapeuţilor vor încerca să lucreze cu pacientul motivat să înţeleagă care sunt stresurile care produc recădere şi cum să evite situaţiile viitoare la risc înalt. Dar când pacienţii continuă să bea masiv fără motivaţie sau interes să exploreze cauzele pentru consumul de alcool, ei pot să necesite trimiterea către un tratament într-o clinică. Scopul terapiei psihodinamice este să schimbe nevoia de substanţe înapoi la o nevoie de oameni, care include un terapeut (Frances et al., 2004).

Psihoterapia de grup este, de asemenea, frecvent folosită atât în tratamentul intraspitalicesc, cât şi în cel în ambulatoriu al alcoolismului, într-un studiu controlat randomizat al terapiei psihodinamice de grup şi al terapiei cognitiv-comportamentale pentru pacienţii dependenţi de alcool (Sandahl et al., 1998), pacienţii din ambele grupuri de tratament şi-au ameliorat starea cu 15 şedinţe săptămânale de grup de 90 de minute. Majoritatea pacienţilor din grupul de psihoterapie psihodinamică au fost în stare să menţină un model de consum de alcool pozitiv în timpul perioadei de urmărire de 15 luni după terapie, în contrast cu pacienţii în tratament cognitiv-comportamental, care au recăzut în timp.

Alţi terapeuţi (de ex. Khantzian, 1986) au prevenit împotriva unei abordări de tip confruntare. Din cauza dificultăţii pe care o au mulţi pacienţi alcoolici în reglarea afectelor cum ar fi anxietatea, depresia şi mânia, confruntarea într-un cadru de grup poate fi contraproductivă sau chiar nocivă. Cooper (1987) a împărtăşit punctul de vedere al lui Khantzian conform căruia confruntarea trebuie să fie folosită judicios. El credea că terapeutul trebuie să empatizeze cu nevoia defensivă a individului alcoolic de a evita afectul dureros.

Cooper a promovat grupurile intraspitaliceşti care se concentrează pe aici şi acum, dar care sunt mai puţin orientate spre confruntare. El a raportat o rată de abstinenţă de 55 la pacienţii din astfel de grupuri comparativ cu 16 pentru pacienţii dintr-un program de grup intraspitalicesc fără psihoterapie de grup. Acei pacienţi care rămân în terapia de grup cel puţin 25 de ore au arătat şi o complianţă mai mare cu alte aspecte ale programului.

12.1.2 Abordări psihodinamice ale consumului de drog

Deşi modelul de boala este popular în multe programe de reabilitare de drog, abordările psihodinamice sunt mai larg acceptate şi valorizate în tratamentul consumatorilor de drog decât în tratamentul persoanelor alcoolice. Vaillant (1988), de exemplu, a observat că consumatorii de multiple droguri, în contrast cu indivizii alcoolici, sunt mai susceptibili să fi avut copilării instabile, mai susceptibili să folosească droguri ca „automedicaţie" pentru simptome psihiatrice şi mai susceptibili să beneficieze de pe urma eforturilor psihoterapeutice care să abordeze simptomatologia şi patologia lor de caracter subiacente.

O cantitate considerabilă de literatură de cercetare sprijină asocierea dintre tulburarea de personalitate şi depresia pe de-o parte, şi dezvoltarea adicţiei la drog, pe de altă parte (Blatt et al., 1984 a; Gorton şi Akhtar, 1994; Grant et al., 2004; Kandel et al., 1978; Paton et al., 1997; Trece, 1984; Trece şi Khantzian, 1986). Într-adevăr, o parte din asocierea dintre tulburările de personalitate din Grupa B şi tulburările cauzate de consumul de substanţă pot fi explicate prin trăsăturile de personalitate subiacente comune, cum ar fi autodistructivitatea şi impulsivitatea

(Casillas şi Clark, 2002).

În comparaţie cu persoanele alcoolice, consumatorii de drog au o probabilitate mult mai mare să aibă tulburări psihiatrice coexistente semnificative. Într-un studiu epidemiologie mare, care a implicat interviuri cu 20 291 de persoane (Regier et al., 1990), consumatorii de drog au avut o rată de comorbiditate de 53, comparativ cu doar 37 pentru indivizii alcoolici. Studiile pe indivizii cu dependenţă la narcotice au găsit alte diagnostice psihiatrice în 80 – 93 (Khantzian şi Trece, 1985; Rounsaville et al., 1982). Rata de comorbiditate este mare şi printre consumatorii de cocaină. 73 dintre cei care cer tratament întrunesc criteriile pe viaţă pentru altă tulburare psihiatrică, iar tulburările de anxietate, tulburarea de personalitate antisocială şi tulburarea de deficit de atenţie precedă de obicei începutul abuzului de cocaină, iar tulburările afective şi abuzul de alcool urmează de obicei după începutul abuzului de cocaină (Rounsaville et al., 1991). Acest nivel înalt de comorbiditate creează probleme variate în orice cadru de tratament pentru indivizii dependenţi, şi majoritatea experţilor simt de acord că prezenţa altor tulburări psihiatrice în contextul unei probleme majore de abuz de drog constituie o indicaţie pentru psihoterapie ca parte a programului de tratament (Mercer şi Woody 2005).

Interpretarea analitică timpurie a oricărui abuz de substanţă ca regresie la stadiul oral al dezvoltării psihosexuale a fost înlocuită de o înţelegere a abuzului de drog ca fiind mai degrabă *defensiv* şi *adaptativ* decât regresiv (Khantzian, 1985 b, 1986, 1997; Wurmser, 1974). Consumul de drog poate, de fapt, să producă o anulare a stărilor regresive prin reîntărirea apărărilor defectuale ale Eului împotriva afectelor puternice cum ar fi furia, ruşinea şi depresia. Formulările psihanalitice timpurii au descris frecvent persoanele cu dependenţă de drog ca pe nişte

hedonişti căutători de plăceri, înclinaţi spre autodistrugere. Investigatorii psihanalitici contemporani înţeleg comportamentul adictiv mai mult ca pe o reflectare a unui deficit în capacitatea de a-şi purta de grijă decât ca pe un impuls autodistructiv (Khantzian, 1997). Această alterare a capacităţii de a-şi purta de grijă rezultă din tulburări de dezvoltare timpurii care duc la o internalizare inadecvată a figurilor parentale, lăsând persoana dependentă fără capacitatea de autoprotecţie. Prin urmare, majoritatea indivizilor cu dependenţă cronică de drog prezintă o alterare fundamentală a judecăţii despre pericolele abuzului de drog.

La fel de importantă în patogenia dependenţei de drog este alterarea funcţiei de reglare a afectului şi a impulsului şi de menţinere a autostimei (Trece şi Khantzian 1986). Aceste deficite creează probleme corespunzătoare în relaţiile de obiect. Abuzul masiv de droguri multiple a fost corelat direct cu incapacitatea persoanei dependente de a tolera apropierea interpersonală (Nicholson şi Trece, 1981; Trece, 1984). Ceea ce contribuie la aceste probleme de relaţie sunt vulnerabilitatea narcisică inerentă când există riscuri interpersonale şi inabilitatea de modulare a afectelor asociate cu apropierea. Dodes (1990) a notat că indivizii dependenţi se apără de un sentiment de lipsă de putere sau de neputinţă, controlându-şi şi reglându-şi stările afective. Ingestia unui drog poate atunci să fie văzută ca o încercare disperată de a compensa deficite în funcţionarea Eului, o autostimă slabă şi probleme interpersonale corelate.

Mulţi pacienţi cu dependenţă de drog îşi perpetuează cu bună ştiinţă durerea şi suferinţa continuând să folosească droguri. Khantzian (1997) a privit acest aspect de perpetuare a durerii al abuzului de substanţă ca pe o manifestare a unei compulsii la repetiţie a unei traume

timpurii. În anumite cazuri, provocarea repetată de durere sieşi reprezintă o încercare de a rezolva stări traumatice pe care persoanele respective nu şi le pot aminti. Aceste stări există sub forma unor configuraţii presimbolice şi inconştiente. Astfel, motivul pentru consumul de drog poate fi văzut ca fiind controlul suferinţei mai mult decât eliberarea de ea.

Noţiunea că indivizii dependenţi de drog practică automedicaţia duce direct la altă observaţie a investigatorilor psihodinamici contemporani – şi anume, că substanţe specifice simt alese pentru efecte psihologice şi farmacologice specifice conform cu nevoile fiecăruia dintre ei. Afectul cel mai dureros este probabil cel care determină alegerea drogului. Khantzian (1997) a notat că cocaina pare a uşura suferinţa asociată cu depresia, hiperactivitatea şi hipomania, pe când narcoticele par a scădea sentimentele de furie.

Un studiu în profunzime al indivizilor cu adicţie la narcotice i-a condus pe Blatt et al. (1984 a, 1984 b) să conchidă că dependenţa de heroină este determinată multiplu de: 1) nevoia de a conţine agresivitatea; 2) o nevoie de gratificare a dorinţelor pentru o relaţie simbiotică cu o figură maternă şi 3) o dorinţă de a diminua afectele depresive. Deşi datele din cercetare indică faptul că un subgrup mic de indivizi cu dependenţă de narcotice suferă şi de tulburare de personalitate antisocială (Rounsaville et al., 1982), Blatt şi colegii săi au identificat un grup mai mare de persoane cu nevroză severă şi cu dependenţă de opiacee care ar putea reprezenta majoritatea. Aceşti indivizi se luptă cu sentimente de lipsă de valoare, de vinovăţie, de autocritică şi de ruşine. Depresia lor pare a se intensifica atunci când încearcă să devină apropiaţi de alţii, astfel încât se retrag în „extazul” izolat provocat de heroină sau de alte narcotice, care are atât dimensiuni regresive, cât şi de apărare. Nucleul

depresiv al individului cu dependenţă de opiacee a fost şi mai mult evidenţiat de un studiu comparativ (Blatt et al „1984 a, 1984 b) care a găsit că persoanele cu dependenţă de opiacee simt semnificativ mai deprimate decât consumatorii de droguri multiple.

Studiul a identificat, de asemenea, autocritica drept o componentă principală a depresiei lor.

Descoperirea lui Blatt şi a colegilor săi a unei corelaţii înalte între trăsăturile de personalitate de autocritică, dominate de Supraeu şi care predispun la depresie, şi dependenţa de opiacee a primit sprijin din partea muncii psihanalitice a lui Wurmser (1974, 1987 a, 1987 b) cu pacienţi cu adicţii. Wurmser a argumentat că acei indivizi cu adicţie care pot beneficia de terapia psihanalitică nu au Supraeuri subdezvoltate, aşa cum au persoanele antisociale cu adicţii, ci au mai degrabă o conştiinţă excesiv de aspră. Substanţa toxică este căutată ca o scăpare de im Supraeu chinuitor. Mulţi consumatori de drog folosesc apărarea reprezentată de clivaj pentru a nega o reprezentare de sine drept consumator de drog, care alternează cu o reprezentare de sine ca neconsumator de drog. Aceşti indivizi se simt frecvent ca şi cum altcineva i-ar conduce pentru o perioadă scurtă de timp. Wurmser a identificat succesul ca fiind un factor declanşator proeminent pentru un episod de abuz de drog. Sentimentele pozitive asociate cu realizarea de succes par a produce o stare alterată a conştiinţei caracterizată prin sentimente de vinovăţie şi ruşine. Consumul impulsiv de drog este văzut ca soluţia la aceste afecte dureroase. Crize repetate de acest fel sunt caracterizate de o conştiinţă supraapăsătoare care devine atât de intolerabilă, încât sfidarea temporară pare a fi singurul mijloc de uşurare.

Investigatori psihanalitici recenţi au căutat să lege o înţelegere a dependenţei de drog de dezvoltările recente din neuroştiinţe. Johnson (1999, 2001) a sugerat că trei

forţe contribuie la tendinţele adictive: 1) dificultatea de a tolera afectul, 2) probleme cu constanţa obiectului care-l conduc pe consumator să vadă o substanţă ca pe un substitut de obiect intern liniştitor şi 3) o nevoie de drog cu baze biologice rezultată din schimbări în funcţionarea cerebrală. El a sugerat calea tegmentală ventrală ca fiind de o importanţă critică în înţelegerea acestui ultim fenomen, deoarece este calea pulsională care le conduce pe animale şi pe fiinţele umane să caute apă, mâncare şi sex. Johnson a observat că această cale este controlată de drogurile care provoacă adicţie via expunerea episodică şi neregulată la drog. Prin urmare, nevoia de drog devine o modalitate de expresie a pulsiunii. Psihoterapia psihodinamică ar trebui să se focalizeze pe a-i ajuta pe pacienţi să reziste la acea dorinţă în timp ce examinează consecinţele gratificării ei. Calea tegmentală ventrală activează şi visul, şi Johnson a observat că nevoia de droguri persistă în vise mult timp după ce dependenţa a fost rezolvată. Berridge şi Robinson (1995) s-au referit la acest sistem de „dorinţă" ca rezultând dintr-o sensibilizare a unei căi nervoase specifice în creier. Ei au subliniat că el acţionează inconştient şi iraţional, astfel încât să conducă organismul să satisfacă „dorinţa". În această formulare, noţiunea psihanalitică fundamentală de pulsiune este legată de experienţa consumatorului de drog.

Un număr de rapoarte din Studiul Administraţiei Penn a veteranilor (Woody et al., 1983, 1984, 1985, 1986, 1987, 1995) au demonstrat într-un mod convingător cu metodologie riguroasă că a adăuga psihoterapia la planul de tratament global al pacienţilor cu dependenţă de narcotice aduce beneficii clare. Pacienţii cu dependenţă de narcotice aflaţi într-un program de întreţinere cu metadonă au fost desemnaţi prin randomizare să fie trataţi printr-una dintre cele trei scheme: 1) doar consiliere referitoare la drog cu pa raprofesionişti, 2) psihoterapie

expresiv-suportivă plus consiliere referitoare la drog sau 3) psihoterapie cognitiv-comportamentală plus consiliere. Din 110 pacienţi care au parcurs programul complet de tratament, cei care au urmat psihoterapia şi-au ameliorat considerabil mai mult starea decât cei care au primit doar consiliere. Psihoterapia expresiv-suportivă bazată pe principii dinamice a avut drept rezultat o ameliorare mai mare a simptomelor psihiatrice şi mai mult succes în găsirea şi păstrarea unei slujbe decât psihoterapia cognitiv-comportamentală (Woody et al., 1983). Acei pacienţi care erau deprimaţi au arătat cea mai mare ameliorare, urmaţi de pacienţii care sufereau de adicţie la opiacee, dar care nu prezentau nicio altă tulburare psihiatrică. Aceia doar cu tulburare de personalitate antisocială nu au avut beneficii din psihoterapie (Woody et al., 1985). Pacienţii cu tulburare de personalitate antisocială şi-au ameliorat starea doar când depresia a fost şi ea un simptom.

Când cercetătorii au împărţit cei 110 pacienţi care urmaseră o psihoterapie în grupuri după severitatea simptomelor lor psihiatrice, ei au observat că pacienţii din grupul cu severitate redusă au făcut progrese egale cu consiliere sau cu psihoterapie, pe când pacienţii cu un grad mediu de severitate au avut un rezultat mai bun cu planurile de tratament ce au combinat ambele abordări (deşi unii şi-au ameliorat starea doar prin consiliere). Totuşi grupul cu simptome psihiatrice extrem de severe a realizat puţine progrese doar cu consiliere, dar a făcut progrese considerabile când s-a adăugat psihoterapia: după 7 luni, acei pacienţi din grup care au făcut psihoterapie au folosit atât droguri licite, cât şi ilicite mult mai puţin des decât cei care nu au făcut psihoterapie. Aceste schimbări au fost menţinute după 12 luni (Woody et al., 1987), chiar dacă subiecţii nu mai erau în psihoterapie (durata tratamentului psihoterapeutic a fost de 6 luni).

Într-un studiu parţial de replicare (Woody et al., 1995), ambele grupuri au prezentat câştiguri semnificative într-o lună; la 6 luni, multe dintre câştigurile obţinute de pacienţii care urmaseră consilierea referitoare la drog începuseră să scadă. Pe de altă parte, majoritatea câştigurilor obţinute de pacienţii ce urmaseră terapia expresiv-suportivă au persistat sau erau încă evidente. Toate diferenţele semnificative au favorizat grupul cu psihoterapie expresiv-suportivă. Această abordare comprehensivă de tratament este, de asemenea, foarte eficientă şi în ceea ce priveşte costul (Gabbard et al., 1997). Melellan et al. (1993) au găsit că adăugarea psihoterapiei la tratamentul standard de întreţinere cu metadonă a dus la o capacitate de câştig mai metre, la o solicitare mai mică de ajutor social şi la rate de spitalizare izbitor mai mici pentru pacienţi.

Deşi terapia de grup este larg folosită, datele care confirmă valoarea sa au apărut abia recent. Studiul în colaborare asupra abuzului de cocaină al Institutului Naţional de Studiu al Abuzului de Drog (Crits-Christoph et al., 1999) a examinat tratamentele în ambulatoriu ale unor persoane dependente de cocaină. Ei au găsit combinaţia terapiei de grup cu terapia individuală sau cu consilierea ca fiind de mare succes în a reduce sau a elimina consumul de cocaină. Terapia de grup s-a desfăşurat o dată pe săptămână, pe când terapia individuală a început cu o frecvenţă de două ori pe săptămână pentru a fi redusă treptat la o dată pe săptămână. În această populaţie, riscul HIV trebuie să fie o problemă majoră de luat în considerare de către toţi terapeuţii. Un alt beneficiu al psihoterapiei în acest studiu a fost asocierea sa cu o scădere de 49 a riscului HIV pe tot parcursul tratamentului şi în toate grupurile etnice şi de gen, bazată primar pe schimbările de practică sexuală care implică mai puţine episoade de sex neprotejat şi mai puţini parteneri (Woody

et al., 2003).

Terapeuţii trebuie să se adreseze credinţei apărate cu tenacitate a pacientului că folosirea drogului este o soluţie adaptativă la problemele de viaţă. Terapeutul trebuie să identifice problemele subiacente ale modulării afectelor, ale reglării autostimei şi ale relaţionării cu ceilalţi pentru a ajuta persoana dependentă să descopere răspunsuri alternative la aceste probleme. Un studiu efectuat pe 240 de pacienţi aflaţi în tratament de întreţinere cu metadonă şi care au completat autoevaluarea dată de Inventarul Bell de testare a realităţii relaţiilor de obiect a găsit că aceşti pacienţi au prezentat afectări specifice ale relaţiilor de obiect (Rutherford et al., 1996). Scorurile au fost mai joase pentru cei cu tulburări pe Axa II în asociere cu adicţia.

O dificultate pe care este cel mai probabil ca psihoterapeuţii să o întâmpine este alexitimia frecventă la mulţi pacienţi cu adicţie (Krystal, 1982 – 1983). Cu alte cuvinte, majoritatea acestor pacienţi nu sunt în stare să-şi recunoască şi să-şi identifice stările afective interne. În faza timpurie a terapiei, trebuie să aibă loc o muncă importantă de educaţie, terapeutul explicând cum experienţa sentimentelor neplăcute duce iniţial la abuz de drog. Aceşti pacienţi trebuie să fie ajutaţi să-şi conţină şi să-şi tolereze afectele, astfel încât să poată substitui acţiunilor cum ar fi ingestia unui drog cuvinte care să descrie stările lor interioare. Terapeutul poate să-i asiste pe pacienţi în acest sens prin identificarea sentimentelor care apar în timpul orei de terapie.

Un proces de psihoterapie individuală este mult mai probabil să aibă succes în contextul unui program comprehensiv. Khantzian (1986) a sugerat conceptul de terapeut de îngrijire primară – un individ care facilitează implicarea pacientului cu adicţie în toate modalităţile de tratament. Terapeutul de îngrijire primară analizează

rezistenţa pacientului în a accepta alte forme de tratament, cum ar fi Narcoticii Anonimi (NA) sau terapia de grup, dar asigură şi un mediu conţinător pentru a face faţă afectelor puternice mobilizate în procesul de tratament. El sau ea trebuie să participe şi la deciziile de tratament care implică alte modalităţi. În acest model, accentul este mai mult suportiv decât expresiv la începutul tratamentului, şi rolul terapeutului este similar cu cel al unui medic de spital care lucrează cu un pacient spitalizat.

Trece şi Khantzian (1986) au identificat patru componente esenţiale ale programului de tratament pentru stăpânirea dependenţei de drog: 1) un substitut pentru dependenţa de substanţe chimice (adică, NA, un sistem alternativ de credinţe sau o dependenţă benignă de o persoană sau de o instituţie religioasă); 2) un tratament adecvat pentru alte tulburări psihiatrice care să includă medicaţie psihotropă adecvată şi psihoterapie; 3) o abstinenţa întărită (adică antagonişti ai drogului, supravegherea urinei, perioadă de probă, substitute de drog ca metadona, sisteme de suport extern) în timpul unui proces de maturizare psihologică; şi 4) promovarea creşterii şi a schimbării structurale de personalitate prin psihoterapie.

În rezumat, indicaţiile pentru psihoterapia expresiv-suportivă pot fi conceptualizate după cum urmează: 1) psihopatologia serioasă, alta decât abuzul de drog; 2) angajarea într-un program de tratament global care include NA sau alt grup de suport, abstinenţă întărită, posibil un substitut de drog cum ar fi metadona, şi medicaţie psihotropă adecvată; 3) fără diagnostic de tulburare de personalitate antisocială (cu excepţia cazului în care este prezentă şi depresia); şi 4) motivaţie suficientă pentru a respecta programările la şedinţe şi a se angaja în proces. Indicaţiile pentru o accentuare expresivă sau suportivă după ce procesul este bine lansat sunt

determinate în mare parte de aceiaşi factori care determină accentuarea în orice alt proces psihoterapeutic (vezi Tabelul 4 – 1 în Capitolul 4).

12.2 Tulburările de comportament alimentar

Tulburările de comportament alimentar par a fi probleme ale timpului nostru. Mijloacele electronice mediatice ne bombardează zilnic cu imagini de femei slabe care „le au pe toate”. Pacientul tipic cu tulburare de comportament alimentar este alb, educat, de sex feminin, avantajat din punct de vedere economic şi un produs al culturii vestice (Johnson et al., 1989). Deşi tulburările de comportament alimentar simt împărţite în mod obişnuit în anorexia nervoasă şi bulimia nervoasă, cele două grupuri de simptome se suprapun frecvent în prezentarea lor clinică. În plus, tulburările de comportament alimentar în accese sunt recunoscute din ce în ce mai mult ca o entitate semnificativă de sine stătătoare. În general, indivizii anorexici sunt mai puţin susceptibili să ceară tratament sau să urmeze programele de tratament. Prin urmare, anorexia şi bulimia nervoase pot fi deosebite, într-o anumită măsură, prin gradul în care schimbarea este căutată şi realizată (Vitousek şi Gray, 2005). Într-un studiu a 103 psihiatri şi psihologi experimentaţi care au folosit un procedeu de tip k-sort clasificarea unor itemi prin prioritate cu respectarea distribuţiei lor posibile – *n. T „W*esten şi Harden-Fischer (2001) au evaluat modul de funcţionare a personalităţii la pacienţi care erau sub tratament pentru bulimie sau anorexie. În acest studiu, s-au evidenţiat trei categorii de pacienţi: un grup dereglat/slab controlat emoţional, un grup reţinut/supracontrolat şi un grup cu grad înalt de funcţionare/perfecţionist. Aceste categorii par a fi relevante pentru etiologie, prognostic şi tratament, şi

investigatorii au sugerat că simptomele de pe Axa I sunt doar o componentă a înţelegerii şi a tratamentului pacienţilor cu probleme de comportament alimentar. Datele au sugerat, de asemenea, că simptomele tulburării de comportament alimentar pot fi doar o expresie a unui pattern al impulsului şi al reglării afectului mai general. Cu alte cuvinte, pentru pacienţii din grupul dereglat/slab controlat emoţional, simptomele de bulimie pot reprezenta o problemă generală de impulsivitate, pe când la tipul cu perfecţionism înalt şi cu grad înalt de funcţionare, ele pot să nu aibă această semnificaţie. În orice caz, în acest capitol, discuţiile sunt împărţite în categoriile tradiţionale ale anorexiei nervoase şi bulimiei nervoase, deoarece principiile de tratament şi înţelegerea psihodinamică au evoluat în general separat. Cititorii trebuie să păstreze totuşi în minte că, în practică, cineva trebuie să combine principii aparţinând celor două entităţi diferite în tratamentul unei tulburări particulare de comportament alimentar şi să se ghideze şi după trăsăturile majore ale personalităţii.

12.2.1 Anorexia nervoasă

Denumirea *anorexie nervoasă* poate fi înşelătoare, deoarece cuvântul *anorexie* implică faptul că pierderea apetitului este problema centrală. Pecetea diagnostică a anorexiei nervoase este de fapt urmărirea fanatică a slăbiciunii legată de o teamă copleşitoare de a nu deveni grasă. Este frecvent folosită pentru a pune diagnosticul o reducere arbitrară de mai puţin de 85 din greutatea corporală minimă normală pentru o anumită vârstă şi greutate. Amenoreea este o trăsătură proeminentă a anorexiei nervoase la femei. Deşi 5 – 10 dintre indivizii afectaţi simt bărbaţi, trăsăturile lor clinice şi psihodinamice sunt remarcabil de similare cu cele ale

femeilor.

Înţelegere psihodinamică în ultimele câteva decade, studiile fructuoase ale lui Hilde Bruch (1973, 1978, 1982, 1987) au funcţionat ca un far în întuneric pentru clinicienii care tratează pacienţi anorexiei. Ea a observat că preocuparea cu mâncarea şi greutatea este o manifestare relativ tardivă, emblematică pentru o tulburare mai fundamentală a concepţiei despre sine. Majoritatea pacienţilor cu anorexie nervoasă au o puternică convingere că ei sunt neputincioşi şi ineficienţi în mod evident. Boala apare frecvent la „fetele bune" care şi-au petrecut viaţa încercând să-şi mulţumească părinţii, pentru ca să devină dintr-odată încăpăţânate şi negativiste în adolescenţă. Corpul este resimţit frecvent ca fiind separat de sine, ca şi cum ar aparţine părinţilor. Acestor paciente le lipseşte orice sens al autonomiei într-atât, încât ele nici măcar nu simt că au controlul funcţiilor lor corporale. Postura de apărare premorbidă de a fi o fetiţă perfectă apără de obicei împotriva unui sentiment subiacent de lipsă de valoare.

Bruch a urmărit originile în dezvoltare ale anorexiei nervoase până la o relaţie perturbată între sugar şi mama lui. Mai specific, mama pare a se ocupa de copil în funcţie de propriile ei nevoi mai mult decât de cele ale copilului. Când semnalele iniţiate de copil nu primesc răspunsuri de confirmare şi de validare, copilul nu poate dezvolta un sens sănătos al Sinelui. În schimb, copilul se simte pe sine doar ca pe o extensie a mamei sale, nu ca pe un centru autonom cu drepturi proprii. Bruch a înţeles comportamentul pacientului anorexie ca pe un efort frenetic de a câştiga admiraţie şi validare ca persoană unică şi specială cu atribute extraordinare.

Terapeuţii de familie, ca Selvini Palazzoli (1978) şi Minuchin (Minuchin et al., 1978), au confirmat şi au elaborat câteva dintre conceptele dinamice ale lui Bruch.

Minuchin şi colegii săi au descris un model de nediferenţiere în familiile pacienţilor anorexiei unde există o absenţă generală a limitelor generaţionale şi personale. Fiecare membru al familiei este supraimplicat în viaţa fiecărui alt membru al familiei, astfel încât nimeni nu are un sens al identităţii separate de cel al matricei familiale. Selvini Palazzoli (1978) a notat, de asemenea, că pacienţii cu anorexie nervoasă au fost incapabili să se separe psihologic de mama lor, ceea ce a avut drept rezultat un eşec de a dobândi orice sens stabil al propriilor lor corpuri. Corpul este adesea perceput ca şi cum ar fi locuit de un introiect matern rău şi înfometarea poate fi o încercare de a opri creşterea acestui obiect intern intruziv, ostil. Williams (1997) a subliniat în mod similar că părinţii unui pacient anorexie tind să-şi proiecteze anxietatea pe copilul lor în loc să o conţină. Aceste proiecţii pot fi resimţite drept corpuri străine ostile în interiorul copilului. Pentru a se proteja pe sine de sentimentele şi fantasmele nemetabolizate proiectate în ea de părinţii săi, tânăra fată poate să dezvolte un sistem de apărări „nu se intră”, concretizat prin a nu mânca.

Postura de apărare extremă a anorexiei nervoase sugerează că un impuls subiacent puternic garantează o asemenea strategie. Într-adevăr, Boris (1984 b) a notat că lăcomia intensă reprezintă nucleul anorexiei nervoase. Dorinţele orale sunt totuşi atât de inacceptabile, încât trebuie tratate într-un mod proiectiv. Prin identificare proiectivă, reprezentarea unui Sine lacom şi plin de nevoi este transferată părinţilor. Ca răspuns la refuzul pacientei de a mânca, părinţii devin obsedaţi dacă pacienta mănâncă sau nu; ei devin cei care au dorinţe. Într-o formulare influenţată de gândirea kleiniană, Boris conceptualizează anorexia nervoasă ca pe o inabilitate de a primi lucruri bune de la alţii din cauza unei dorinţe disproporţionate de a poseda. Orice act de a primi mâncare sau iubire îi

confruntă direct pe aceşti pacienţi cu faptul că nu pot poseda ceea ce vor. Soluţia lor este de a nu primi nimic de la nimeni. Invidia şi lăcomia sunt frecvent strâns legate în inconştient. Pacienta invidiază lucrurile bune pe care le posedă mama – iubire, compasiune, capacitate de a creşte pe cineva –, dar a le primi creşte pur şi simplu invidia. A renunţa la ele sprijină fantasma inconştientă de a strica ceea ce este invidiat, nu departe de vulpea din fabula lui Esop care a conchis că strugurii pe care nu i-a putut atinge sunt acri. Pacienta transmite următorul mesaj: „Nu există nimic bun pentru mine pentru a fi posedat, aşa încât voi renunţa simplu la toate dorinţele mele”. O asemenea renunţare face din pacienta anorexică obiectul dorinţei altora şi, în fantasma sa, obiectul invidiei şi al admiraţiei lor, deoarece ei sunt „impresionaţi” de autocontrolul ei. Mâncarea simbolizează calităţile lor pozitive pe care ea şi le doreşte în ea însăşi; a fi înrobită de foame este preferabil faţă de a dori să posede figura maternă.

Construind pe concepţiile lui Boris, Bromberg (2001) a sugerat că pacientele cu anorexie nervoasă transformă dorinţa în renunţare prin mecanismul de disociere. Văzându-le pe aceste paciente ca şi cum cresc cu lipsa unei forme de relaţie umană care să le permită să dezvolte autoreglarea stărilor afective, Bromberg a sugerat că pacienta se disociază în stări separate ale Sinelui ca o modalitate de a izola experienţe traumatice şi de a funcţiona la maximum fără a fi contaminată cu afecte intense. Ca şi Boris, el a văzut pacientele anorexice ca fiind înrobite de inabilitatea lor de a conţine dorinţa ca pe un afect ce poate fi reglat. Ele simt că nu pot ţine dorinţa destul de mult astfel încât să facă alegeri rezonabile. De aceea, problema legată de cine ţine dorinţa în diada terapeutică devine o problemă majoră în tratament.

Majoritatea formulărilor din teoria dezvoltării asupra originilor anorexiei nervoase se concentrează pe diada

mamă-fiică. Bemporad şi Ratey (1985) totuşi au observat un model caracteristic al implicării paterne cu fiicele anorexice. Tatăl tipic era grijuliu şi suportiv în mod superficial, dar o abandona emoţional pe fiica sa ori de câte ori ea avea nevoie de el cu adevărat. În plus, mulţi taţi de paciente anorexice mai degrabă caută să obţină suport de la fiicele lor în loc să-l ofere. Ambii părinţi suferă frecvent dezamăgiri serioase în căsătoria lor, acestea determinându-l pe fiecare dintre ei să caute susţinere emoţională la fiica lor.

În termeni de psihologie a Sinelui, fiica poate fi tratată ca un obiect al Sinelui care oferă oglindire şi are funcţii de validare pentru fiecare părinte, dar căruia îi este negat sentimentul propriu al Sinelui. Copila, în schimb, nu se poate baza pe fiinţe umane care să-i mulţumească nevoia proprie de obiect al Sinelui. Copila anorexică se îndoieşte serios că părinţii sau orice altă figură semnificativă din viaţa ei va renunţa fie chiar şi temporar la propriile interese şi nevoi pentru a-i împlini nevoile ei de liniştire, de afirmare şi de oglindire (Bachar et al., 1999). Copila poate să persiste în înfometare şi restricţie într-o încercare disperată de a-i forţa pe părinţii ei să acorde atenţie suferinţei ei şi să-i recunoască nevoia ei de ajutor.

Pentru a rezuma înţelegerea noastră psihodinamică a anorexiei nervoase, comportamentul de autoarifometare pe faţă este un simptom cu determinări multiple. Este 1) o încercare disperată de a fi special şi unic, 2) un atac asupra sentimentului fals al Sinelui creat de expectaţiile parentale, 3) o expresie a unui Sine adevărat în stare născândă, 4) un atac asupra unui introiect matern ostil văzut ca echivalent al corpului, 5) o apărare împotriva lăcomiei şi invidiei, 6) un efort pentru a-i face pe ceilalţi – mai degrabă decât pe pacientă – să se simtă lacomi şi neputincioşi, 7) o încercare defensivă de a împiedica ca proiecţii nemetabolizate ale părinţilor să intre în pacientă,

8) un ţipăt crescând de ajutor pentru a-i scutura pe părinţi să iasă din absorbţia în ei înşişi şi să-i facă conştienţi de suferinţele copilului şi 9) în unele cazuri, o apărare disociativă în stări ale Sinelui separate ca o modalitate de reglare a afectului intens.

Aceşti factori psihodinamici sunt însoţiţi, de asemenea, de unele trăsături cognitive caracteristice, care includ percepţia greşită a imaginii propriului corp, gândirea „tot sau nimic", gândirea magică şi gândurile şi ritualurile obsesiv-compulsive. Prezenţa simptomelor obsesiv-compulsive i-a făcut pe unii dintre cercetători să se întrebe dacă tulburarea de personalitate obsesiv-compulsivă coexistă cu anorexia nervoasă.

Această presupunere este combătută de nonfiabilitatea notorie a diagnosticelor de tulburare de personalitate în prezenţa înfometării (Kaplan şi Woodsite, 1987; Powers, 1984). Multe simptome, inclusiv comportamentul obsesiv-compulsiv, apar secundar înfometării. De asemenea, caracteristicile premorbide ale personalităţii se accentuează în stări de deficit nutriţional. În final, dacă există cu adevărat o prevalenţă crescută a tulburărilor de personalitate la pacienţii care au anorexie nervoasă şi bulimie nervoasă nu este în mod necesar confirmat de studiile de urmărire longitudinală ale tulburărilor de personalitate (Grilo et al., 2003).

Abordări terapeutice

Clinicienii care tratează pacientele cu anorexie nervoasă sunt în consens asupra faptului că scopurile tratamentului nu trebuie să se concentreze în mod îngust pe câştigul în greutate (Boris, 1984 a, 1984 b; Bruch, 1973, 1978, 1982, 1987; Chessick, 1985; Dare, 1995; Hsu, 1986; Hughes, 1997; Powers, 1984). O abordare pe „două căi", susţinută de Garner et al. (1986), cuprinde o primă treaptă de restaurare a alimentării pentru câştigul în greutate. Odată ce această treaptă este îndeplinită, poate

începe cea de a doua treaptă a intervenţiei psihoterapeutice. Pacientele anorexice îşi ameliorează mult mai mult starea atunci când sunt tratate printr-un amestec de terapie familială şi psihoterapie dinamică individuală decât când sunt tratate simplu prin măsuri educaţionale menite să controleze greutatea (Dare, 1995; Hali şi Crisp, 1983). Psihoterapia expresiv-suportivă individuală pe termen lung este piatra unghiulară a tratamentului. Dacă nu ne adresăm tulburării de Sine subiacente a pacientei şi distorsiunilor relaţiilor de obiect interne asociate, pacienta va avea o evoluţie cu recăderi şi internări în spital repetate (Bruch, 1982). Pentru acele paciente care trăiesc acasă, terapia familială poate fi un adjuvant valoros la terapia individuală. Deşi unele paciente par a beneficia de terapia de grup (Lieb şi Thompson, 1984; Polivy, 1981), datele limitate sugerează că dintre cei care beneficiază, cei mai mulţi nu au tulburări de personalitate asociate (Maher, 1984).

Majoritatea clinicienilor psihodinamici combină tratamentul anorexiei nervoase cu tehnici împrumutate de la alte modele pentru a aborda falsele credinţe, problemele de nutriţie şi dificultăţile familiale (Vitousek şi Gray, 2005). Salvarea vieţii pacientei depăşeşte în importanţă orice fidelitate faţă de o abordare teoretică favorită. Astfel, spitalizarea este folosită frecvent în timpul psihoterapiei individuale. Deşi nu există niciun acord universal asupra indicaţiilor pentru tratamentul în spital, o pierdere de 30 din greutatea normală a corpului este o regulă neoficială bună pentru a determina dacă este necesară spitalizarea (Garfinkel şi Garner, 1982). Aproximativ 80 dintre toate pacientele anorexice vor câştiga în greutate cu tratamentul din spital (Hsu, 1986), dat fiind că personalul din spital poate crea un mediu specific. Aşa cum am descris în Capitolul 6, membrii personalului din spital trebuie să fie conştienţi de eforturile inconştiente ale

pacientei de a repune în act lupta familială în mediul spitalicesc. Ei trebuie să transmită interesul lor de a o ajuta pe pacientă să-şi recapete greutatea fără să devină excesiv de preocupaţi de aceasta şi fără să formuleze cereri similare cu cele pe care le-ar formula părinţii. Pacienta poate fi ajutată să facă faţă fricii de a pierde controlul prin aranjarea unui plan de alimentaţie cu mese frecvente, dar mici cu un membru al personalului de îngrijire care este disponibil să discute despre anxietatea pacientei în legătură cu a mânca. Orice câştig în greutate trebuie raportat pacientei cu aprecieri pozitive concomitente. Orice vomă sau purgaţie ascunsă trebuie adusă în discuţie şi controlată prin măsuri structurale, cum ar fi închiderea cu cheia a uşii de la baie. Se poate să fie nevoie ca membrii echipei terapeutice să asigure pacienta că nu vor permite o creştere prea mare în greutate, ajutând-o astfel să capete încredere în ei.

Spitalizările scurte sunt rareori curative, aşa cum nu sunt nici programele de tratament care cer o greutate medie normală şi care apoi ignoră anxietatea intensă provocată de o astfel de cerere (Bruch, 1982). Cel puţin 50 dintre pacientele care îşi controlează cu succes anorexia nervoasă cu tratament spitalicesc vor recădea într-un an (Hsu, 1980). Pentru cele 20 care nu răspund la spitalizarea scurtă, este indicată spitalizarea pe termen lung.

Psihoterapia expresiv-suportivă necesită de multe ori câţiva ani de muncă dificilă din cauza rezistenţei formidabile opuse de pacienta anorexică. Sunt utile patru principii tehnice de orientare (Tabel 12 – 1).

Tabel 12 – 1. Ghid tehnic în psihoterapia pacientelor anorexice.

Evitarea investiţiei excesive în încercarea de a schimba comportamentul alimentar Evitarea interpretărilor timpurii în terapie Monitorizarea

atentă a contratransferului Examinarea distorsiunilor cognitive

1. Evitarea investiţiei excesive în încercarea de a schimba comportamentul alimentar. Aşa cum a observat Boris (1984 b), „ceea ce noi numim simptomele lor ele numesc salvarea lor" (p. 315). Pacienta vede anorexia nervoasă ca fiind soluţia unei probleme interne. Psihoterapeuţii care o definesc imediat ca pe o problemă care trebuie să sufere o schimbare îşi reduc şansele de a forma o alianţă terapeutică viabilă. Comportamentul asociat cu anorexia nervoasă provoacă cereri şi expectaţii de schimbare din partea părinţilor pacientei. Prin identificare proiectivă, este probabil ca terapeutul să simtă o presiune puternică spre a se identifica cu obiectele interne proiectate ale pacientei care simt asociate cu părinţii. În loc să acţioneze conform acelei presiuni şi să devină o figură parentală, terapeutul trebuie să încerce să înţeleagă lumea internă a pacientei. O formă a acestei repuneri în act este echivalarea mâncării cu vorbitul. Aşa cum pacienta îşi provoacă părinţii prin refuzul de a mânca, ea va încerca să-şi provoace terapeutul prin refuzul de a vorbi (Mintz, 1988). La începutul terapiei, poate astfel să fie util să clarificăm că scopul primar al tratamentului este de a înţelege mai degrabă tulburarea emoţională subiacentă decât problema refuzului de a mânca (Bruch, 1982; Chessick, 1985). Terapeuţii trebuie să admită experienţa pacientei conform căreia autodisciplina asociată cu anorexia nervoasă este într-un fel o realizare (Bromberg, 2001) şi în acelaşi timp să evidenţieze ameliorarea capacităţii de a gândi şi de a comunica odată cu ameliorarea nutriţională.

2. *Evitarea interpretărilor timpurii în terapie.* Interpretările unor dorinţe sau frici inconştiente vor fi resimţite de pacienta anorexică ca pe o repetiţie a istoriei

ei de viaţă. Altcineva îi spune ei ce simte ea în realitate, în timp ce experienţa ei conştientă este minimalizată şi invalidată. Mai mult, sarcina terapeutului ar fi să valideze şi să empatizeze cu experienţa internă a pacientei (Bruch, 1987; Chessick, 1985). Terapeutul trebuie să arate un interes activ în ceea ce pacienta gândeşte şi simte, transmiţând mesajul că pacienta este o persoană autonomă îndreptăţită să aibă propriile idei despre boala ei. Este de o importanţă majoră să ajutăm pacienta să-şi definească propriile stări afective. Acţiunile şi deciziile care-şi au originea în aceste stări trebuie legitimate şi respectate. Terapeutul poate să o ajute pe pacientă să exploreze diferite opţiuni, dar ar trebui să se abţină să-i spună ce să facă (Chessick, 1985). Această abordare suportivă, empatică, de construcţie a Eului va facilita introiecţia terapeutului ca pe un obiect benign. Bruch (1987) a sugerat evidenţierea pozitivului şi conceptualizarea terapiei ca pe o experienţă în care pacientele îşi vor descoperi calităţile pozitive. Ea a recunoscut că abordarea ei are multe similitudini cu abordarea de tip psihologie a Sinelui a lui Kohut (1984). Chessick (1985) a împărtăşit acest punct de vedere conform căruia este improbabil ca insight-ul asupra conflictului inconştient să fie curativ la aceste paciente. Deşi puţin mai optimist în ceea ce priveşte utilizarea interpretărilor, Boris (1984 a) a recomandat abţinerea de la interpretări până când pacienta se regăseşte. Chiar şi atunci, el a susţinut vorbitul „în aer” în loc de adresarea directă către pacientă, introducând astfel o anumită distanţă în relaţie şi respectând limitele pacientei. Asemenea interpretări trebuie prezentate doar ca ipoteze, aşa cum ai vorbi cu un coleg imaginar mai degrabă decât cum ai exprima o concluzie definitivă către pacientă.

3. *Monitorizarea atentă a contratransferului.* Pacientele anorexice cred în mod curent că părinţii lor vor

ca ele să câştige în greutate, astfel încât ceilalţi să nu-i considere pe ei ca pe nişte oameni care au eşuat (Powers, 1984), Este probabil ca terapeutul să devină anxios cu privire la lucruri similare. În special terapeuţii care lucrează în cadrul unei echipe terapeutice organizate pot să înceapă să simtă că alţii judecă negativ munca lor dacă pacientele lor eşuează în a lua în greutate. Această teamă contratransferenţială poate să-l conducă pe terapeut să cadă în capcana identificării cu părinţii pacientei. Situaţia ideală pentru psihoterapia individuală este ca o altă persoană să fie abilitată să monitorizeze câştigul în greutate, lăsându-i pe terapeut liber să exploreze problemele psihologice subiacente ale pacientei. Când spitalizarea este necesară pentru controlul greutăţii, psihiatrul care internează pacienta poate să se ocupe de aportul de alimente, în timp ce psihoterapeutul continuă munca de psihoterapie în spital, în acest cadru, psihoterapeutul poate lucra în mod productiv cu echipa.

Hughes (1997) a descris frumos câteva dintre dilemele contratransferenţiale tipice întâlnite în tratamentul pacientelor cu anorexie nervoasă. Aşa cum pacienta îi ţine pe părinţi implicaţi în încercarea de a ajuta, dar care eşuează întotdeauna, ea îl angajează şi pe terapeut în acel rol. Frecvent, pacienta se prezintă pe sine ca încercând să coopereze cu tratamentul şi apoi sabotează ajutorul acordat de terapeut. Cu pacientele anorexice, alianţa terapeutică este în mod tipic mult mai slabă decât pare şi terapeutul trebuie să facă faţa frustrării de a se simţi înşelat de pacientă. În mânuirea contratransferului, este util să ne amintim că pacienta înţelege progresul ca echivalent cu creşterea şi separarea de familie, ambele fiind resimţite ca foarte ameninţătoare. Anxietatea este provocată în terapeut de faptul că pacienta flirtează cu moartea, ceea ce este şi mai frustrant din cauza negării frecvente de către pacientă a dorinţelor

suicidare. Aşa cum familiile pot să se epuizeze şi să se înfurie şi chiar să dezvolte dorinţe inconştiente criminale faţă de pacienta anorexică, terapeutul poate şi el să simtă disperare, furie ucigaşă şi senzaţia că nimeni altcineva nu apreciază bine potenţialul letal al pacientei.

4. *Examinarea distorsiunilor cognitive.* Percepţiile greşite ale mărimii corpului şi credinţele cognitive ilogice trebuie explorate împreună cu pacienta fără a fi judecate. Vitousek şi Gray (2005) au subliniat similaritatea dintre abordarea lui Bruch care pune sub semnul întrebării concluziile ilogice şi presupunerile false şi principiile terapiei cognitive acceptate în mod curent. În mod clar, psihoterapeutul trebuie să-şi asume un rol educativ cu aceste paciente, ajutându-le să înţeleagă efectele înfometării asupra cogniţiei. Totuşi, el trebuie să caute să educe fără să formuleze o cerere pentru schimbare, Alternativ, terapeutul poate doar să exploreze consecinţele alegerilor pacientei.

Acest ghid tehnic, deşi util, nu trebuie luat drept o formulă tip „carte de bucate" pentru psihoterapia pacientelor anorexice. Terapeuţii trebuie să fie flexibili, perseverenţi şi stabili în faţa tendinţei pacientei de a „amâna" procesul terapeutic până când va putea fi lăsată din nou singură. Distorsiunile imaginii corporale, care se apropie frecvent de proporţiile delirante, pot fi deosebit de refractare la eforturile educaţionale şi terapeutice. Terapeuţii trebuie să fie conştienţi de disperarea şi frustrarea din contratransfer care pot să-i ducă la încercarea de a o forţa pe pacientă să „vadă lucrurile aşa cum simt în realitate".

Deşi anorexia nervoasă poate să pară ca fiind foarte rezistentă la tratament pe termen scurt, multe paciente îşi ameliorează starea în final. Pe un studiu de urmărire pe termen lung (Sullivan et al., 1998), doar 10 dintre pacientele urmărite în medie 12 ani după trimiterea

iniţială la tratament prezintă încă criteriile pentru anorexia nervoasă. Totuşi multe încă se luptă cu unele dintre trăsăturile bolii, inclusiv perfecţionismul şi o greutate corporală relativ scăzută. Pe de altă parte, într-o trecere în revistă a 300 de paciente în patru serii diferite, Hsu (1991) a calculat că una din şapte sau 14 dintre paciente au murit ulterior prin suicid sau prin complicaţiile bolii. Într-un studiu pe 5 ani de urmărire prin comparaţie a terapiei familiale şi a terapiei suportive individuale (Eisler et al., 1997), ambele tratamente au produs ameliorări semnificative. Pacientele cu debut timpuriu şi un istoric scurt de anorexie nervoasă par a evolua mai bine cu terapie familială, pe când cele cu debut tardiv par a evolua mai bine cu terapie suportivă individuală, într-o trecere în revistă a tuturor studiilor terapeutice, Vitousek şi Gray (2005) au tras concluzia că nicio formă de psihoterapie nu a fost dovedită a lucra mai bine decât alta pentru pacientele anorexice adulte, şi ei au observat că nicio intervenţie de niciun fel, medicaţie sau psihoterapie, nu este foarte eficientă la pacientele care suferă de această tulburare înalt rezistentă la tratament.

12.2.2 Bulimia nervoasă

Pacientele cu bulimie nervoasă se disting în general de cele cu anorexie nervoasă pe baza greutăţii relativ normale şi prezenţa acceselor de supraalimentare şi a eliminării alimentelor. Pacientele emaciate care prezintă şi accese de supraalimentare şi de eliminare sunt frecvent clasificate ca anorexice, subgrupul bulimie (Hsu, 1986). Datele care se acumulează sugerează o legătură considerabilă între cele două tulburări (Garner, et al. 1986). Cel puţin 40 – 50 dintre toate pacientele anorexice au şi bulimie (Garfinkel et al., 1980; Hali et al., 1984; Hsu et al „1979). Datele de urmărire pe termen lung sugerează

că într-o perioadă lungă de timp, anorexia nervoasă poate să se transforme în bulimie nervoasă, dar modelul invers este mult mai rar (Hsu, 1991). De asemenea, bulimia nervoasă poate să varieze în funcţie de dimensiunile personalităţii care implică controlul impulsului şi reglarea afectului identificate de Westen şi Hamden-Fischer (2001). Comorbiditatea poate şi ea să aibă un impact profund.

Aşa cum a observat cu elocinţă Yager (1984).

Bulimia nu este o boală. Nici nu este un simplu obicei. Bulimia este eterogenă şi, precum pneumonia, poate să rezulte dintr-o varietate de cauze. Am găsit util să conceptualizez bulimia ca pe un obicei sau un model de comportament înrădăcinat într-o personalitate, care 3 a rândul său este înrădăcinată într-un substrat biologic, şi toate acestea înrădăcinate într-o cultură în care bulimia pare a se dezvolta într-un ritm crescut (p. 63).

Înţelegere psihodinamică

Când iau în considerare psihodinamica bulimiei, terapeuţii trebuie să păstreze în minte această eterogenitate. Variatele contribuţii la înţelegerea noastră dinamică a bulimiei par a fi analoage cu acei proverbiali oameni orbi care-şi raportează percepţiile asupra unui elefant bazate pe punctele lor de vedere particulare. Ca întotdeauna, înţelegerea psihodinamică trebuie să fie individualizată. Un tablou clinic de bulimie poate fi observat la pacienţi cu structuri de caracter foarte diferite, de la cea psihotică trecând prin borderline până la cea nevrotică (Wilson, 1983). Anorexia şi bulimia sunt părţi esenţial opuse ale aceleiaşi monede (Mintz, 1988). Pe când pacienta anorexică se caracterizează atât prin tărie a Eului mai mare, cât şi prin control al Supraeului mai mare, unele paciente bulimice pot să aibă o inabilitate generalizată în a

amâna descărcarea impulsului bazată pe un Eu slăbit şi un Supraeu lax. Accesele de supraalimentare şi eliminarea nu sunt neapărat probleme izolate legate de impuls; ele pot mai degrabă să coexiste cu relaţii sexuale impulsive, autodistructive şi cu abuzul de droguri multiple.

Unele dovezi empirice sugerează care factori psihodinamici ar putea fi activi la pacientele cu bulimie nervoasă. Într-o analiză genetică multivariată, Kendler et al. (1995) au găsit că familia şi factorii de mediu joacă roluri-cheie în dezvoltarea tulburării. Într-un studiu cu cazuri control bazat pe comunitate şi care a implicat 102 subiecţi cu bulimie nervoasă şi 204 subiecţi sănătoşi de control (Fairburn et al., 1997), problemele parentale, sexuale sau abuzul fizic şi autoevaluarea negativă au fost toate asociate cu dezvoltarea bolii. Investigatorii au sugerat că autoevaluarea negativă ar putea încuraja ţinerea dietei prin distorsionarea viziunilor fetelor despre înfăţişarea lor. Aceste descoperiri empirice sunt sprijinite de observaţiile izvorâte din tratamentul psihodinamic. Reich şi Cierpka (1998) au găsit tulburări în dialogul emoţional dintre pacientele bulimice şi părinţii lor şi un model consistent de conflict între părţi contradictorii ale Sinelui care a fost influenţat fără dubiu de identificări conflictuale cu părinţii. Aceşti autori au sugerat, de asemenea, că multe paciente bulimice au experienţa unei lipse de respect pentru limite şi a unei intruziuni lipsite de tact în intimitatea lor, ceea ce s-ar aplica atât abuzului sexual, cât şi celui psihologic. Reich şi Cierpka au observat că aceste paciente au folosit frecvent apărări care implică inversiunea afectelor şi transformarea din activ în pasiv şi că ele au avut şi experienţa unor cereri contradictorii ale Supraeului.

Acei autori care au studiat originile în dezvoltare ale bulimiei au identificat o dificultate pe termen lung în ceea ce priveşte separarea atât la părinţi, cât şi la pacienta

individuală. O temă comună în istoria dezvoltării pacientelor bulimice este absenţa unui obiect tranziţional, cum ar fi suzeta sau pătura, pentru a o ajuta pe copilă să se separe psihologic de mama ei (Goodsitt, 1983). Această luptă în cursul dezvoltării pentru a se separa poate fi purtată în schimb în afară prin utilizarea corpului însuşi ca pe un obiect tranziţional (Sugarman şi Kurash, 1982), ingestia de mâncare reprezentând o dorinţă pentru o fuziune simbiotică cu mama, iar expulzia de mâncare un efort pentru separarea de ea. Ca şi mamele pacientelor anorexice, părinţii copilelor care devin bulimice se referă frecvent la copiii lor ca la extensii ale lor (Humphrey şi Stern, 1988; Strober şi Humphrey, 1987). Aceşti copii simt folosiţi ca obiecte ale Sinelui pentru a valida Sinele părintelui. Fiecare membru al familiei depinde de toţi ceilalţi membri pentru a menţine un sens al coeziunii. Deşi acest model caracterizează familiile pacientelor anorexice, un mod particular de a mânui calităţile „rele" inacceptabile predomină în familiile bulimicelor. Sistemul familiei bulimice implică aparent o nevoie puternică pentru ca fiecare să se vadă pe sine ca „integral bun". Trăsăturile inacceptabile ale părinţilor sunt proiectate frecvent în copila bulimică, ea devenind depozitul întregii „răutăţi". Prin identificarea inconştientă cu aceste proiecţii, ea devine purtătorul întregii lăcomii şi impulsivităţi a familiei. Balanţa homeostatică rezultată păstrează atenţia asupra copilei „bolnave" mai degrabă decât asupra conflictelor din sau dintre părinţi.

Observaţiile psihodinamice cu privire la dificultăţile cu separarea la pacientele bulimice au fost confirmate de cercetarea empirică (Patton, 1992). Patruzeci de paciente cu tulburări ale comportamentului alimentar au fost comparate cu un grup de control de 40 de femei cu modele de alimentare normale pentru a vedea cum ar răspunde ele la stimuli subliminali sau supraliminals Fiecărui grup i s-a

arătat un stimul de abandon sau de control cu durate de expunere care erau fie subliminale, fie supraliminale. După expunerea la un stimul de abandon, grupul cu tulburări de comportament alimentar a mâncat semnificativ mai mulţi biscuiţi decât au făcut-o subiecţii din grupul de control. Investigatorii au tras concluzia că accesele de supraalimentare erau într-adevăr o apărare împotriva unei frici inconştiente de abandon.

În multe cazuri, astfel, pacientele bulimice concretizează mecanismele de introiecţie şi de proiecţie din relaţiile de obiect. Ingestia şi expulzia de hrană pot reflecta direct introiecţia şi proiecţia unor introiecte agresive sau „rele". În multe cazuri, acest proces de clivaj este concretizat mai departe de pacientă. Ea poate privi proteina ca fiind hrană „bună", care este aşadar reţinută mai degrabă decât eliminată, iar carbohidraţii sau mâncarea de tip junk ca pe hrana „rea", care este consumată în cantităţi enorme, doar pentru a fi regurgitată. La suprafaţă, această strategie de a trata agresivitatea poate fi compulsivă – expulzia răutăţii sub forma vomei o face pe pacientă să se simtă bine. Totuşi sentimentul rezidual de „bunătate" este instabil deoarece se bazează pe clivaj, negare şi pe proiecţia agresivităţii mai degrabă decât pe integrarea binelui cu răul.

Consideraţii asupra tratamentului

Cel mai important principiu în tratamentul bulimiei este individualizarea planului de tratament. Tulburările psihiatrice concomitente, cum ar fi depresia, tulburările de personalitate şi abuzul de drog, vor fi tratate ca parte a planului global de tratament. „Programele de tratament cu scheme de ansamblu" (Yager, 1984) care le tratează pe toate pacientele bulimice la fel vor ajuta doar o fracţiune dintre ele din cauza incapacităţii de a recunoaşte şi a aprecia eterogenitatea inerentă a populaţiei bulimice. Aproximativ o treime dintre toate pacientele bulimice

reprezintă un subgrup relativ sănătos care va răspunde bine la o abordare limitată în timp care să implice terapia cognitiv-comportamentală şi un program de psihoeducaţie (Johnson şi Connors, 1987; Johnson et al., 1989). Grupurile de suport precum Gurmanzii Anonimi (GA) pot, de asemenea, să susţină acest subgrup de paciente fără alt tratament.

Studiile de urmărire sugerează că stabilitatea în timp a simptomelor bulimice poate fi o problemă pentru multe paciente (Joiner et al., 1997). Într-o trecere în revistă a 88 de studii care au făcut evaluări ale evoluţiei unor paciente bulimice, Keel şi Mitchell (1997) au constatat că aproximativ 50 dintre femei se vindecaseră complet la 5 – 10 ani după prezentarea la tratament. Totuşi 20 au continuat să împlinească criteriile complete pentru bulimia nervoasă şi aproximativ 30 au recăzut, prezentând din nou simptome de bulimie. Pacientele care ajung la abstinenţa completă în ceea ce priveşte accesele de supraalimentare şi de eliminare a hranei cu un program de 16 săptămâni de terapie cognitiv-comportamentală au fost urmărite 4 luni după tratament şi investigatorii au determinat că 44 dintre paciente recăzuseră (Halmi et al., 2002). O trecere în revistă a studiilor care au folosit terapia cognitiv-comportamentală pentru bulimia nervoasă reflectă cât de greu este să tratezi aceste paciente. La jumătate sau mai mult dintre pacientele care nu ajung la vindecare completă prin această abordare, rezultatele sugerează că accesele de supraalimentare continuă cu o rată medie de 2, 6 pe săptămână, iar eliminarea hranei cu o rată de 3, 3 pe săptămână, la terminarea tratamentului (Thompson-Brenner et al., 2003).

Deşi abordările dinamice pot să nu fie indicate sau necesare pentru toate pacientele, majoritatea dintre ele pot totuşi să beneficieze de ele. Printre cele care nu răspund s-ar putea ca două treimi să sufere de o tulburare

de personalitate borderline (Johnson et al., 1989), pe când altele s-ar putea să sufere de alte tulburări de personalitate sau de depresie semnificativă. Aceste paciente pot necesita psihoterapie expresiv-suportivă pe termen lung şi au frecvent nevoie şi de intervenţie psihofarmacologică, Multe paciente pot să nutrească un resentiment franc faţă de abordarea comportamentală a simptomelor de bulimie (Yager, 1984). Focalizarea pe comportamentul exterior al pacientei în timp ce lumea ei internă este neglijată poate să repete experienţa pacientei de a creşte cu nişte părinţi care sunt interesaţi mai mult de suprafaţă decât de substanţă. Yager (1984) a sugerat că 50 dintre toate pacientele bulimice simt nesatisfăcute de tehnicile de modificare comportamentală. Unele paciente vor resimţi chiar sarcina de a scrie un jurnal zilnic despre obiceiurile lor alimentare ca fiind umilitoare, deoarece ele pot să-şi considere problemele de alimentare ca fiind simptomatice pentru tulburări mai fundamentale. Tratamentul care nu se potriveşte cu interesele şi sistemul de credinţe al pacientei este sortit eşecului (Yager, 1984).

Bulimia nervoasă poate pune viaţa în pericol. Se ştie că pacientele îşi pot altera balanţa electrolitică suficient de mult încât să precipite oprirea cordului. Monitorizarea biochimiei sanguine trebuie, aşadar, să fie parte a îngrijirii în ambulatoriu a acestor paciente, cu spitalizarea ca strategie de rezervă. Deoarece multe paciente au şi o tulburare de personalitate borderline sau tulburări afective majore, spitalizarea poate fi necesară în faţa unei tentative de suicid sau a unei automutilări severe. Tratamentul intraspitalicesc trebuie să urmărească un plan care să cuprindă toate aspectele şi să fie individualizat şi care, în plus de sarcina de a câştiga controlul simptomului prin încuierea băilor, să implementeze un orar de mese normal, să ofere asistenţă psihoeducaţională de către un dietetician şi să încurajeze ţinerea unui jurnal. Spitalizarea

îi oferă frecvent terapeutului o oportunitate pentru a înţelege mai bine relaţiile interne de obiect ale pacientei; facilitează astfel o înţelegere diagnostică mai sofisticată şi un plan de tratament mai precis:

Dra W era o studentă de 19 ani cu un amestec de simptome de bulimie şi anorexie. Ea a fost spitalizată după ce „l-a concediat" pe psihoterapeutul său şi a pierdut complet controlul acceselor sale de supraalimentare şi de eliminare a hranei. Părinţii ei, care erau destul de exasperaţi de comportamentul ei, au adus-o la spital, nesimţiindu-se în stare să o facă vreodată să mănânce normal. În timpul primei săptămâni de spitalizare, dra W l-a informat pe medicul ei din spital că plănuia să rămână detaşată şi distantă, deoarece nu voia să se ataşeze de un doctor doar ca să fie dezamăgită din nou. S-au implementat imediat mese regulate şi întâlniri de grup, dar pacienta a refuzat să se ducă la masă sau să participe la întâlniri. A insistat că era capabilă să ţină o dietă doar mâncând când voia şi ceea ce voia. I-a atras atenţia doctorului că greutatea ei rămânea constantă, aşa că nu era o cauză de îngrijorare.

Echipa de îngrijire a devenit din ce în ce mai supărată pe dra W din cauza lipsei ei totale de cooperare. Cu cât pacienta devenea mai încăpăţânată şi mai rezistentă, cu atât echipa insista mai mult ca ea să urmeze structura programului din spital, într-o întrunire a echipei, doctorul a remarcat că pacienta reuşise să repete situaţia sa din familie. Afirmând că trebuie să aibă controlul asupra dietei ei, ea i-a provocat pe alţii să încerce să preia controlul asupra alimentării ei. S-a putut apoi simţi vktimizată de

forţele de control din jurul său, aşa cum s-a simţit victimizată de părinţii săi.

Doctoriţa drei W s-a întâlnit cu ea şi i-a atras atenţia că încerca să provoace echipa intraspitalicească într-o repunere în act a situaţiei sale familiale. Ea a rugat-o pe pacientă să reflecteze asupra a ceea ce ar putea câştiga în urma acestei repuneri în act. Dra W a răspuns indicându-i doctoriţei sale că nu era interesată să vorbească. Trei zile mai târziu, ea i-a spus doctoriţei că ascunsese medicamente şi obiecte ascuţite într-un sertar închis din camera sa de spital, astfel încât să poată încerca să se sinucidă. A spus că decisese să-i spună doctoriţei, deoarece într-adevăr nu voia sa moară, A indicat şi că îi era foarte greu să-i comunice sentimente doctoriţei sale, întrucât credea că ar deveni dependentă într-un mod incontrolabil şi că îşi va pierde orice sens al propriului Sine. Era sigură că dependenţa de doctor ar face ca ea să fie exploatată şi maltratată în funcţie de nevoile doctorului mai degrabă decât să-i fie respectate propriile nevoi de a fi tratată.

Această informaţie a ajutat echipa intraspitalicească să înţeleagă rezistenţa drei W la structura de tratament. Prin refuzul de a coopera, această pacientă încerca să capete un sentiment al Sinelui independent de cererile şi expectaţiile altora. Cooperarea cu echipa de îngrijire şi colaborarea cu doctorul său din spital purtau riscul ca ea să devină o simplă extensie a altora, aşa cum i se întâmplase în familie. Odată ce această anxietate subiacentă a ieşit la suprafaţă, membrii echipei i-au permis drei W să aibă mai multe de spus în programul său de

alimentare. Împreună cu un membru al echipei, ea a fost în stare să colaboreze în această privinţă şi apoi să urmeze un program care a fost acceptabil pentru amândoi.

Totuşi, exact când dra W părea a-şi fi ameliorat starea, doctoriţa ei din spital a primit un telefon acasă în dimineaţa de Crăciun în timp ce familia sa deschidea darurile. O asistentă din spital sima pentru a o informa că dra W introdusese pe ascuns în spital şi apoi ingerase un număr mare de laxative şi avusese diaree severă toată dimineaţa. Asistenta se temea că dra W ar putea avea nevoie de tratament medical de urgenţă, aşa încât doctoriţa s-a simţit obligată să se ducă la spital să vadă pacienta. Două zile mai târziu, când dra W era stabilă din punct de vedere medical, doctoriţa a confruntat-o cu ostilitatea de transfer implicată în purgaţia ei, apoi a sugerat că poate dra W a dorit să-i strice dimineaţa de Crăciun. Deşi pacienta a negat pe un ton plat orice astfel de posibilitate, doctoriţa a trebuit să-şi suprime mânia intensă la adresa drei W pentru momentul trecerii sale la act. Doctoriţa şi-a dat seama treptat că actul de purgaţie o făcuse capabilă pe pacientă să-şi expulzeze propria agresivitate. Ca urmare, ea nu putea înţelege interpretarea de către doctoriţă a actului său ca fiind unul ostil; doctoriţa a servit inconştient ca un container pentru mânia proiectată a pacientei.

Deşi acest caz ilustrează o pacientă mai refractară cu tulburare de personalitate borderline ca parte a tabloului clinic, luptele transferenţiale şi contratransferenţiale nu sunt atipice pentru ceea ce terapeuţii individuali întâlnesc frecvent în munca lor cu pacientele bulimice. Terapeuţii

pot să se trezească provocaţi în mod repetat să accepte „răutatea” pe care pacienta încearcă să o expulzeze. Ei pot să simtă şi că „se vomită asupra lor” când pacienta le scuipă înapoi toate eforturile lor terapeutice. Repetarea modelului familial în cursul tratamentului în spital sau în psihoterapia individuală îl ajută pe clinician să înţeleagă rolul pacientei în interiorul sistemului familial. Deoarece bulimia este atât de frecvent parte a unei balanţe homeostatice în familie, terapia familială sau intervenţia familială în asociere cu terapia individuală este frecvent necesară. Prin ignorarea sistemului familial, terapeutul poate să rişte ca ameliorarea pacientei să fie teribil de ameninţătoare pentru alţi membri ai familiei. Printre reacţiile de apărare la această ameninţare se poate număra o subminare insidioasă a tratamentului pacientei bulimice sau dezvoltarea unei disfuncţii serioase ia un alt membru al familiei. Nevoia familiei pentru boala pacientei bulimice trebuie respectată, iar părinţii trebuie să se simtă „susţinuţi” şi validaţi astfel încât să nu saboteze tratamentul (Humphrey şi Stern, 1988).

Din cauza ambivalenţei lor intense şi a temerii de a nu tulbura echilibrul familial, multe paciente bulimice vor încerca să evite terapia psihodinamică intensivă. Ele pot să se considere pe sine deficiente, şi explorarea psihoterapeutică implică un risc ca această deficienţă să fie expusă (Reich şi Cierpka, 1998). Introducerea unui orar de alimentare şi evidenţierea asocierii dintre unele obiceiuri de alimentare şi unele stări emoţionale pot fi o cale extrem de eficientă pentru a construi o alianţă terapeutică cu pacienta. Una dintre dificultăţile de contratransfer obişnuite care se întâlnesc este dorinţa de a vindeca repede pacienta, ceea ce-l face pe terapeut să înceapă să o „supraalimenteze” pe pacientă prin introducerea prea multor intervenţii interpretative prea devreme. Aşa cum au avertizat Reich şi Cierpka (1998),

interpretările şi confruntările pot fi mânuite într-un mod bulimie prin consumul lor lacom, dar fără a fi apoi digerate într-un mod adecvat. Deşi în majoritatea locurilor, terapia cognitiv-comportamentală a devenit abordarea psihoterapeutică preferată pentru bulimia nervoasă, terapia psihodinamică încă are un rol de jucat. Într-un studiu atent conceput şi care compară terapia cognitiv-comportamentală şi terapia dinamică, rezultatele iniţiale au favorizat-o pe prima, dar într-o perioadă mai lungă de urmărire ambele forme de terapie au fost aproximativ egale ca eficacitate (Fairburn et al., 1995).

Psihoterapia dinamică de grup poate fi şi un tratament adjuvant folositor. O literatură empirică din ce în ce mai amplă aduce mărturie despre eficacitatea psihoterapiei de grup pentru pacientele cu bulimie nervoasă (Harper-Guiffre et al., 1992; Liedtke et al., 1991; Mitchell et al., 1990). Într-o trecere în revistă a 18 rapoarte diferite asupra acestei modalităţi cu paciente bulimice tratate în ambulatoriu, Oesterheld et al. (1987) au găsit motive pentru un optimism prudent. Consensul a fost că psihoterapia de grup reduce în mod eficient simptomele bulimice într-o proporţie medie de 70. Totuşi aceste cifre par exagerate, deoarece majoritatea studiilor au exclus abandonurile din calculele lor. Ratele de abandon au tins să fie mari chiar dacă majoritatea grupurilor excluseseră pacientele cu tulburare de personalitate borderline şi altă patologie severă de caracter. Datele de urmărire pe termen lung lipseau şi ele. Terapeuţii de grup au apărut ca fiind de acord, la fel de mult ca şi terapeuţii individuali, cu ideea că o remisie stabilă necesită atât insight, cât şi controlul simptomului. Într-un studiu controlat randomizat al terapiei de grup psihanalitice şi al psihoeducaţiei pentru un grup de paciente cu tulburare cu accese de supraalimentare, majoritatea pacientelor nu mai prezentau tulburări ale comportamentului alimentar şi au avut o rată

mai mică a episoadelor de supraalimentare (Ciano et al., 2002). În grupul de paciente cu terapie analitică, aceste câştiguri au fost mai susţinute după o urmărire de 6 şi de 12 luni.

În rezumat, indicaţia pentru o abordare dinamică a bulimiei nervoase este o lipsă de răspuns la metodele cognitiv-comportamentale şi psihoeducaţionale limitate în timp. Intervenţiile familiale sub forma suportului, educaţiei şi posibil terapie familială sunt, de asemenea, necesare în general. O formă de control a simptomului este necesară în asociaţie cu celelalte abordări. Spitalizarea scurta, grupurile de suport cum ar fi GA şi psihoterapia de grup pot toate să o ajute pe pacientă în ceea ce priveşte controlul simptomului. Unii psihoterapeuţi individuali consideră şi ei controlul simptomului ca parte a procesului de tratament. Un subgrup substanţial de paciente bulimice cu patologie severă de caracter asociată, tendinţe suicidare şi risc de tulburări electrolitice care pun viaţa în pericol va necesita psihoterapie în contextul spitalizării pe termen lung. Aceste paciente sfidează cele mai mari eforturi făcute de cei care le îngrijesc pentru a le structura viaţa. Ele par a fi înclinate către o evoluţie autodistructivă care poate într-adevăr să le fie fatală fără un tratament intraspitalicesc pe termen lung. **IB. Demenţa şi alte tulburări cognitive**

Este greşit în principiu să încercăm să facem o distincţie între aşa-zisele tulburări organice şi funcţionale în ceea ce priveşte simptomatologia şi tratamentul. La ambele afecţiuni, este vorba despre funcţionarea anormală a aceluiaşi aparat fizico-psihic şi despre încercările organismului de a se adapta la aceasta. Dacă perturbările – datorate leziunii cerebrale sau conflictelor psihologice – nu dispar spontan sau nu pot fi remediate prin tratament, organismul trebuie să găsească un nou mecanism de

adaptare la viaţă în ciuda persistenţei acestora. Datoria noastră este să ajutam pacienţii să realizeze această adaptare prin mijloace fizice sau psihologice; procedura şi scopul terapiei la ambele afecţiuni sunt, în principiu, aceleaşi.

Kurt Goldstein

În această afirmaţie de avertisment faţă de dualismul minte/creier, Goldstein ne reaminteşte interdependenţa fundamentală dintre psihologie şi biologie. Tradiţionala distincţie dintre sindroamele organice şi cele funcţionale implică faptul că psihologia este irelevantă pentru prima, iar biologia este irelevantă pentru cea de-a doua. Pentru că termenul *organic* desemnează, în general, prezenţa unei leziuni anatomice reale a structurilor neuronale şi gliale, unii psihiatri văd aceste tulburări ca fiind în afara domeniului lor de activitate şi îndrumă aceşti pacienţi spre neurologie. Psihiatrii dinamici în particular pot vedea pacienţii cu modificări structurale ale creierului ca având o capacitate de abstractizare prea mică pentru a fi accesibili unei intervenţii psihoterapeutice. Această renunţare este nefericită pentru că clinicianul dinamic are multe de oferit pacientului deteriorat cognitiv.

Personalitatea este rezultatul final al unei serii de funcţii complexe care au loc în structurile corticale (şi subcorticale). Factorii psihodinamici în tulburările care implică leziunea creierului pot fi abordaţi cel mai eficient împărţind afecţiunile în cele care apar de la naştere şi cele care implică deteriorarea ţesuturilor cerebrale mai târziu de-a lungul vieţii (Lewis, 1986). În acele afecţiuni care apar de la naştere, problemele psihologice ale fiecărei faze de dezvoltare de-a lungul vieţii sunt modelate de către deficitele neuroanatomice ale pacientului. În afecţiunile cu debut tardiv, dezvoltarea nu a fost împiedicată de

disfuncţii neuronale, deci problema principală este adaptarea la pierderea nivelului anterior de funcţionare. Discuţia din acest capitol se axează pe acele tulburări de deficit cognitiv pentru care abordările dinamice sunt în mod special folositoare.

13.1 Afecţiuni prezente de la naştere: tulburarea hiperkinetică şi de deficit de atenţie

Factorii genetic-constituţionali şi perinatali care determină leziuni ale creierului joacă un rol-cheie în fiecare fază de dezvoltare de-a lungul vieţii. Deşi la un moment dat se credea că copiii „depăşeau" această tulburare hiperkinetică şi de deficit de atenţie (THDA), acum este limpede că ea poate perşista şi în viaţa adultă (Bellak, 1977; Biederman, 1998; Biedermân et al., 1993; Hartocollis, 1968). Clinicienii ar trebui să aibă un grad înalt de suspiciune când un pacient prezintă un istoric de răspuns slab la tratamentul psihiatric şi psihologic convenţional, o inabilitate cronică de a face faţă nivelului aşteptat de către profesori şi părinţi, un istoric de frustrări ale vieţii repetate, probleme de orientare spaţială (ca rătăcirea sau dificultăţi de a face distincţia între stânga şi dreapta), izbucniri emoţionale, nelinişte, un istoric de serviciu cu întreruperi, tulburări de memorie şi discrepanţe marcate între performanţe şi scorurile verbale de 1Q.

Pacienţii care cresc cu THDA au în mod frecvent o mulţime de deficite subtile care pot fi clasificate după funcţiile specifice Eului (Bellak, 1977). Funcţiile autonome primare (ca percepţia, memoria şi capacităţile motorii) sunt cele mai frecvente capacităţi modificate ale Eului. Următoarele sunt deficitele în abilitatea de a regla şi controla impulsurile şi afectele, care se vor manifesta ca frecvente izbucniri de temperament, atacuri şi toleranţă

scăzută la frustrare. De asemenea, funcţia Eului implicată în formarea unei bariere pentru stimulii interni şi externi este uşor de supraîncărcat. Deşi procesul gândirii pentru aceşti pacienţi poate fi intact din punct de vedere formal, abilitatea de a gândi abstract este, în mod tipic, compromisă. În concluzie, datorită faptului că aceşti pacienţi au un deficit fundamental în funcţionarea sintetic-integrativă, ei se străduiesc să alăture idei contradictorii şi sentimente într-un întreg unificat.

13.1.1 înţelegere psihodinamică

Criteriile de diagnostic pentru THDA aşa cum sunt definite în DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2000) se axează în principal pe fenomenele comportamentale. Experienţele psihice ale indivizilor cu această tulburare sunt rar discutate, în parte din cauza numărului mic de contribuţii psihanalitice despre THDA şi a dificultăţilor de învăţare. Totuşi, mai recent, psihanalişti şi clinicienii informaţi psihanalitic au început să conceptualizeze aceste afecţiuni din punct de vedere psihodinamic (Gilmore, 2000; Rothstein, 1998; Rothstein şi Glenn, 1999).

Pentru a înţelege pacienţii adulţi cu forme congenitale de leziuni cerebrale, clinicienii trebuie să ia în considerare impactul pe care îl are un substrat neural compromis asupra succesului proceselor de dezvoltare normale. Copilul aflat în creştere se zbate zilnic cu o tensiune inerentă, între presiunea pulsiunilor şi afectelor pe de o parte şi controlul cortical, pe de altă parte. Presiunea pulsională rezistă acestei dominanţe când copilului îi lipseşte dotarea normală pentru funcţionarea cortexului (Weil, 1978). M mod similar, sferele lipsite de conflict sau autonome ale funcţionării Eului (ca intelectul, limbajul, gândirea, percepţia, motilitatea şi limbajul)

depind de înzestrarea constituţională (Hartmann, 1939/1958).

Numeroşi autori au comentat pe marginea efectelor deficitelor cognitive structurale asupra dezvoltării Sinelui şi internalizării relaţiilor de obiect (Allen et al., 1988; Buchholz, 1987; Gilmore, 2000; Kafka, 1984; Lewis, 1986; Palombo, 1979; Pickar, 1986; Rothstein, 1998; D.N. Stern, 1985; Weil, 1978). După cum notează Daniel Stern (2004), dezvoltarea Sinelui depinde de o matrice intersubiectivă, începând cu cea dintre mamă sau îngrijitor şi copil. Copiii cu disfuncţionalitate cognitivă structurală vor fi incapabili să perceapă clar sau să integreze efectiv semnalele afective de la mamă. Când copilul nu reuşeşte să reacţioneze la mamă după aşteptările ei, ea poate deveni anxioasă, astfel introducând tensiuni şi neînţelegeri în interacţiunile mamă-copil. Părinţii pot să se confrunte cu situaţia în care copilul reacţionează anormal sau este în alt fel deficitar, ca urmare a unei vătămări narcisice profunde (Buchholz, 1987). Părinţii se pot retrage din faţa copilului şi îşi pot exprima dezamăgirea în toate interacţiunile viitoare, ceea ce ar conduce la o perturbare a autostimei copilului (Abrams şi Kaslow, 1976). În mod alternativ, părinţii pot deveni supraimplicaţi şi supraprotectivi. Pe măsură ce aceşti copii cresc şi se dezvoltă, ei continuă să fie sub aşteptările părinţilor lor, rezultând în continuare sentimente de eşec şi umilinţă. Aceşti copii au un control cortical al impulsurilor mai scăzut, ducând la mai multe dojeni parentale, la mai multe interacţiuni în care ceilalţi sunt supăraţi şi punitivi şi la experienţe cu părinţi care exprimă, prin anxietatea lor excesivă, faptul că separarea de o figură parentală este periculoasă (Pickar, 1986; Weil, 1978). Deoarece aceşti copii sunt adesea incapabili să aprecieze eficace succesiunea cauză/efect, ei nu leagă răspunsurile de respingere ale altora de propriul comportament, ceea ce se concretizează în sentimente de

victimizare şi neajutorare (Bryan, 1977).

Defecte în funcţiile primare ale Eului autonom de percepţie vizuală şi auditivă şi de memorie vor afecta negativ abilităţile acelei persoane de a realiza constanţa de obiect. Copiii cu deficite de învăţare şi THDA au adesea o incapacitate de a se consola pentru că ei nu au putut niciodată să internalizeze şi să menţină figuri materne liniştitoare ca imagini pline de înţeles afectiv. În consecinţă, ei se pot lupta să menţină un simţ stabil al Sinelui. Incapacitatea lor de a percepe cu acurateţe semnale sociale de la alţii contribuie la imposibilitatea lor observabilă frecvent de a relaţiona cu alţii într-o manieră adecvată social (Bryan et al., 1980).

Pentru a compensa sentimentele profunde de inadecvare şi incompetenţă, indivizii cu THDA pot dezvolta idei defensive de grandoare. Kafka (1984) a făcut referire la un astfel de pacient care a venit la analiză. Crescând cu o mulţime de deficite de învăţare şi alte deficite cognitive, pacientul s-a simţit un „prefăcut" toată viaţa sa. Pentru a face faţă sentimentului că ceva fundamental lipsea, şi-a asumat o postură defensivă de independenţă şi grandoare. Se simţea ruşinat şi umilit de dependenţa sa faţă de ajutorul de la alţii în deficitul său de orientare spaţială. Pentru că asocia această neputinţă cu o lipsă de masculinitate, se simţea profund ruşinat.

Unii indivizi pot compensa deficitele neuropsihologice prin supradezvoltarea altor arii ale funcţionării Eului. Inventatorul Thomas Edison, de exemplu, avea deficit de învăţare. Totuşi, când eforturile compensatorii eşuează, tinerii pot evita să se confrunte cu frustrarea enorma a eşecului repetat îndreptându-se către delincvenţa juvenilă (Pickar, 1986). În loc să se confrunte cu ruşinea şi umilinţa asociate cu tentativa soldată cu eşec de a răspunde aşteptărilor academice şi sociale ale altora, adolescentul poate adopta o atitudine de dispreţ faţă de

valorile părinţilor, profesorilor şi ale societăţii în general.

13.1.2 Consideraţii asupra tratamentului

Nihilismul terapeutic al pacienţilor cu leziuni cerebrale este negarantat. Aşa cum a remarcat şi Lewis (1986): „Credinţa necalificată că leziunea cerebrală face persoana inaccesibilă schimbării psihologice semnificative de-a lungul procesului de psihoterapie este eronată şi derivă din percepţia greşită că leziunea cerebrală este o entitate monolitică” (p. 78). Terapeutul nu se poate aştepta ca tendinţa către gândirea concretă să dispară în totalitate, dar mulţi pacienţi câştigă substanţial în abilitatea de a gândi simbolic sau abstract (Buchholz, 1987). Chiar şi într-o terapie foarte expresivă ca psihanaliza, Kafka (1984) a descoperit faptul că nu sunt necesare modificări semnificative de tehnică pentru aceşti pacienţi. El a observat totuşi că pacientul său a reacţionat cu un sentiment de umilinţă narcisică la mici scăpări, din cauza faptului că aceste incidente păreau să îi expună defectele. În plus, Kafka a trebuit adesea să repete interpretările cu răbdare şi tact, în contexte variate, folosind diferite exemple.

Adaptarea abordării terapeutice la pacienţii cu deficite cognitive mai severe necesită o înţelegere precisă a modului în care aceste deficite afectează abilitatea pacienţilor de a face psihoterapie. De exemplu, Lewis (1986) a descris o pacientă care prezenta perturbări ale memoriei încă din copilărie, care o împiedicau să rememoreze o imagine mintală liniştitoare a terapeutului ei. Ea nu putea să menţină continuitatea între şedinţele ei de o oră cu o frecvenţă de două ori pe săptămână pentru că nu putea să îşi amintească cuvintele terapeutului sau imaginea acestuia. Doar schimbarea frecvenţei şi duratei întâlnirilor la o jumătate de oră în fiecare zi a săptămânii i-

a permis pacientei să internalizeze procesul terapeutic mai eficient, pentru că-şi putea aminti cum arăta şi cum vorbea terapeutul.

Eşecuri repetate ale empatiei caracterizează poveştile de viaţă ale acestor pacienţi, începând cu părinţii, ceilalţi oameni nu înţeleg natura şi extinderea acestor limitări cognitive şi în mod repetat ei se aşteaptă la mai mult decât pot aceşti pacienţi să ofere. Datorită acestui model de viaţă, unii clinicieni (Buchholz, 1987; Palombo, 1979) au sugerat folosirea unei abordări psihologice a Sinelui. Experienţele repetate de fragmentare a Sinelui şi deflaţie conectate cu lipsa răspunsurilor de oglindire ale altora pot fi abordate odată ce aceste sentimente apar în procesul de transfer. Terapeutul poate în mod empatie să reflecte străduinţele pacientului pentru admiraţie şi aprobare şi poate explica cum deficitele cognitive au interferat cu aceste străduinţe. Astfel, terapeutul serveşte ca obiect al Sinelui care ajută pacientul să simtă tristeţea, ajută pacientul în construirea unui Sine mai armonizat şi încurajează iertarea de sine.

Deşi empatizarea cu experienţele pacientului de a fi deficitar poate fi de ajutor, terapeutul îşi asumă astfel riscul de a ignora conflictul intra-psihic. Rothstein (1998) a pus accentul pe importanţa explorării modului în care dificultăţile cognitive specifice pacientului se întrepătrund cu conflictele intra-psihice. Ea a subliniat că disfuncţiile neuropsihologice nu pot fi complet separate de conflictele interne şi fanteziile inconştiente despre sine însuşi şi despre alţii. Gilmore (2000), care a împărtăşit această preocupare, a indicat ca terapeutul ar trebui să vadă THDA ca o perturbare în funcţia organizatorică, sintetică şi integrativă a Eului. Din această perspectivă terapia orientată psihanalitic poate fi de real ajutor pentru aceşti pacienţi, Gilmore a remarcat că adulţii cu THDA pot dezvolta modalităţi stereotipice de a relaţiona cu ceilalţi ca

un mecanism de apărare împotriva anxietăţii lor faţă de eşecul recunoaşterii cererilor unei situaţii interpersonale. Terapia psihodinamică poate ajuta aceşti pacienţi să îşi dezvolte autostima şi încrederea de sine şi o mai mare capacitate de flexibilitate în relaţiile cu ceilalţi prin modalităţi neprogramate şi spontane. Fragilitatea narcisică şi nevoia de a fi în control adesea domină pacienţii adulţi cu THDA, şi terapia dinamică în asociere cu medicaţia stimulantă poate întări sentimentul lor de autostimă şi poate îmbunătăţi capacitatea lor de a răspunde şi f interacţiona cu ceilalţi într-o modalitate care permite spontaneitatea şi flexibilitatea.

În mod frecvent medicii omit să ia în calcul dimensiunea structurală cerebrală datorită subtilităţii ei şi datorită prezenţei simptomelor tulburării de personalitate mult mai frapante. Clinicienii care presupun că toată simptomatologia este legată de patologia caracterului pot dezvolta o mare frustrare de contratransfer când pacienţii reacţionează la intervenţii cu pierderea atenţiei, deficite de memorie şi nereuşite în reflecţia asupra înţelesurilor. Pe măsură ce iritaţia terapeutului creşte, pacientul simte din ce în ce mai mult ratarea, pentru că nu poate răspunde în mod adecvat tratamentului, astfel rememorând experienţe trecute cu părinţii, profesorii şi angajatorii.

Un studiu pe pacienţi spitalizaţi cu boli refractare la tratament a trasat profilul psihologic al pacienţilor cu tulburări psihiatrice severe complicate cu elemente „organice” (Allen et al., 1988; Colson şi Allen, 1986). Problemele de autostimă şi modularea afectului sunt două elemente comune ale acestui grup de pacienţi. Rar aceşti pacienţi au tulburări neurologice clare şi astfel simptomele lor sunt dificil de diagnosticat. Imaginea diagnostică cumulativă a semnelor neurologice uşoare, anomaliilor la limită pe electroencefalogramă şi deficitelor sporadice la testele neuropsihologice implică o disfuncţie a sistemului

nervos central. Implicarea subcortical, manifestată prin episoade de pierdere a controlului comportamental şi furtuni afective, pare să fie de o mai mare importanţă decât deficitele corticale. Aceşti pacienţi se simt neajutoraţi în faţa erupţiilor afective copleşitoare. Într-o încercare dvspeâafe de a câştiga un sim de control şi stăpânire de sine, ei pretind că aceste episoade sunt acte voliţionale destinate intimidării celorlalţi – un răspuns similar unei idei delirante de grandoare. Exploziile lor duc la o mai mare izolare faţă de ceilalţi, o mai mare umilinţă şi o scădere a autostimei. Aceşti pacienţi trăiesc cu frica unei viitoare pierderi a controlului. Pentru a face faţă acestei ameninţări, ei dezvoltă posturi defensive extreme împotriva oricărui tip de afect, devenind reţinuţi şi superficiali la fel ca persoanele cu alexitimie. Pentru a se feri de sentimente, adoptă frecvent mecanisme de apărare cum ar fi negarea şi externalizarea.

Aşteptările înalte ale terapeuţilor şi pacienţilor pentru performanţe academice şi vocaţionale contribuie la un cerc vicios pentru aceşti pacienţi. Pentru că ei sunt incapabili să se ridice la nivelul acestor aşteptări înalte, stima lor de sine scade şi frustrarea lor creşte, ducând la noi vulnerabilităţi către explozii afective. Aceste episoade de pierdere a controlului smulg reacţii de răspuns negative adiţionale din partea părinţilor şi terapeuţilor şi erodează în continuare autostima pacienţilor. Diagnosticul contribuţiei bazate cerebral adesea este terapeutic în sine, şi aceşti pacienţi răspund în general cu uşurare la el. Diagnosticul conduce, de asemenea, la aşteptări mai scăzute din partea părinţilor şi clinicienilor. Prin urmare, cercul vicios este întrerupt şi pacienţii dezvoltă o mai mare stimă de sine şi un simţ de stăpânire de sine crescut pe măsură ce episoadele de pierdere a controlului diminuează şi simţul lor cronic de eşec scade.

13.2 Afecţiuni cu debut târziu: leziunea cerebrală şi demenţa

Creierul uman care suferă o leziune mai târziu în ciclul evoluţiei presupune un set diferit de probleme terapeutice. În aceste cazuri, pacientul s-a depreciat de la un nivel precedent de funcţionare şi atât pacientul, cât şi familia trebuie să se adapteze schimbării. Aceste afecţiuni se încadrează în două mari categorii: 1) leziuni acute ale creierului cu o alterare bruscă a funcţionării şi 2) boli degenerative progresive cu un declin treptat. Ambele forme de leziuni sunt luate în considerare în această discuţie. Ies din atenţie deliriumul, stările de intoxicaţie cu medicamente sau droguri sau abstinenţa şi alte leziuni acute, care dispar rapid când boala sau agentul toxic au fost înlăturate, deoarece problemele psihodinamice sunt mai puţin relevante pentru aceste afecţiuni.

13.2.1 înţelegere psihodinamică

Şinele, la nivel fundamental, este un produs al funcţionării creierului. Lezarea ţesutului cerebral poate produce alteraţii semnificative ale simţului de identitate ai individului, astfel cauzând familiei şi celor dragi sentimentul că pacientul nu mai este aceeaşi persoană. Trauma cerebrală afectează de obicei lobii frontali şi temporali, influenţând dramatic capacitatea pacientului să interpreteze semnificaţia stimulilor şi să îi conecteze pe aceştia cu sentimente relevante (Prigatano, 1989). Astfel de modificări lovesc adânc în inima personalităţii.

Conştienţa Sinelui este greu de localizat pe o arie corticală. Studii cu pacienţi ale căror emisfere cerebrale au fost deconectate chirurgical (Sperry et al., 1979) arată că simţul Sinelui este prezent în ambele jumătăţi ale creierului. Pare să fie o schemă complexă la care regiuni

diferite cerebrale aduc contribuţii diferite.

Pacienţii reacţionează la pierderea identităţii în anumite moduri caracteristice. Goldstein (1952), unul dintre primii investigatori ai efectelor psihologice ale leziunilor cerebrale, a descris o stare anxioasă pe care a numit-o *reacţie catastrofică.* Atunci când pacienţilor cu leziuni cerebrale li s-a cerut să îndeplinească o sarcină simplă care nu prezenta nicio problemă pentru ei înainte de traumă, aceştia au devenit supăraţi, agitaţi şi extrem de anxioşi. Goldstein a observat că ei percepeau propriul eşec ca pe un pericol la adresa propriei existenţe. Ca o reacţie la această ameninţare, pacienţii, în mod caracteristic, îşi restricţionează modul de viaţă, astfel încât să nu fie expuşi unor situaţii nefamiliare sau unor sarcini imposibile. În modul acesta ei se apără împotriva anxietăţii catastrofice prin evitarea conştientizării defectelor lor. Aceşti pacienţi devin adesea excesiv de ordonaţi până la a fi obsesiv-compulsivi. Păstrarea tuturor lucrurilor la locul lor le dă iluzia controlului asupra mediului. De asemenea, ea transformă pasivitatea în activitate şi asigură o soluţie concretă unei probleme complexe, abstracte.

Când pacienţii cu leziuni cerebrale pot să-şi restricţioneze suficient modul de viaţă, ei pot părea remarcabil de lipsiţi de anxietate şi par să fi uitat de defectele lor. În ciuda dovezilor problemelor de memorie, ale comportamentelor copilăreşti şi ale irascibilităţii, ei pot să nege adesea orice fel de limitări. De fapt, un studiu (Oddy et al., 1985) a arătat că 40 dintre pacienţii studiaţi la 7 ani după ce au suferit o leziune cerebrală respingeau ideea unei dizabilităţi de orice fel. Clinicienii pot face eforturi să diferenţieze negarea neurogenică de cea psihogenică la aceşti pacienţi. Lewis (1991) a subliniat faptul că în contrast cu formele psihologice de negare, negarea de origine neurologică se remite în câteva ore sau zile de la momentul leziunii, apare mai degrabă ca un

model al deficitelor globale decât ca un simptom izolat şi nu produce anxietate sau agitaţie la pacienţii care se confruntă cu ea.

Pierderea treptată a funcţionării, tipică pentru sindroamele de demenţă, se prezintă în general ca o imagine oarecum diferită. Persoanele cu demenţă păstrează un simţ al propriei identităţi până relativ târziu în cursul bolii. Ele pot fi capabile să funcţioneze în continuare profesional şi social rezonabil. Aproximativ două treimi din cazurile de demenţă implică boala Alzheimer şi durata medie a declinului în astfel de cazuri este de circa 10 ani (Small et al., 1997). În această perioadă a declinului, care poate dura până la 20 de ani, o varietate de tulburări de dispoziţie şi personalitate pot să apară alături de declinul cognitiv. Pe măsură ce boala avansează, pacientul prezintă riscuri mari să se confrunte cu dificultăţi din ce în ce mai mari la calcule, îndeplinirea sarcinilor complexe şi fluenţa limbajului. La acest moment al bolii, când pacienţii realizează că nu mai pot îndeplini sarcinile pe care odată puteau să le facă, pot apărea reacţii catastrofice similare cu ale pacienţilor cu leziuni cerebrale. Izbucniri de mânie şi chiar combativitate se pot dezvolta odată ce boala avansează.

Dintr-o perspectivă psihodinamică, pierderea facultăţilor mintale asociată cu demenţă progresivă poate fi înţeleasă ca un proces regresiv al Eului, în care mecanisme de apărare mai mature fac loc unor modele de apărare mai primitive (Weiner, 1991). Aspecte ale personalităţii care au fost parţial reprimate de către un cortex intact biologic apar treptat pe măsură ce straturile de apărare se erodează. Mecanismele de apărare de nivel înalt, cum ar fi altruismul, sunt înlocuite, de exemplu, de admiraţia de sine. Negarea şi proiecţia sunt probabil cele mai obişnuite mecanisme de apărare primitive folosite de persoane cu demenţă. Când apare o pierdere de memorie,

pacienţii cu demenţă aruncă mai degrabă vina asupra altora decât să îşi asume responsabilitatea erorii.

La mulţi pacienţi în vârstă cu demenţă de tip Alzheimer, tragedia bolii este că conştiinţa de sine poate rămâne intactă pe măsură ce alte funcţii mintale se deteriorează. Pentru că memoria recentă tinde să fie sacrificată înaintea memoriei îndepărtate, mulţi pacienţi pot să-şi aducă aminte foarte bine cum erau în trecut, ceea ce face ca statutul lor disfuncţional curent să fie şi mai deranjant pentru ei. Într-o anumită măsură, continuitatea Sinelui de-a lungul timpului depinde de capacitatea memoriei. Pe măsură ce memoria îndepărtată începe să se şteargă odată cu avansarea bolii, identitatea pacienţilor începe să – dispară odată cu memoria acestora. În final, pacientul nu-i mai poate recunoaşte pe cei dragi, pe membrii familiei şi nu-şi mai poate aminti evenimentele de viaţă semnificative.

Obiectele interne – în mod particular introiecţiile consolatoare – pot fi, de asemenea, sacrificate ca parte a procesului de demenţă. Memoria îi implică pe ceilalţi la fel de mult cât implică şi şinele. Următorul exemplu de caz arată cum pierderea memoriei poate fi asociată atât cu pierderea unei introiecţii consolatoare, cât şi cu recurenţa anxietăţilor timpurii din viaţă.

DI X, de 75 de ani, a cerut o consultaţie psihiatrică pentru că dificultăţile de memorie şi cogniţie asociate cu boala Alzheimer îl făceau să se simtă ca şi cum „îşi pierde minţile”. Cu trei ani înainte de a consulta un psihiatru, un medic internist i-a spus că va trebui să renunţe la munca part time din cauza tulburărilor de cogniţie. După acea conversaţie, dl X a observat probleme din ce în ce mai mari cu memoria, abstractizarea, efectuarea calculelor şi exprimarea verbală, probleme care

Îi limitau activităţile zilnice. El se simţea, de asemenea, foarte anxios noaptea, când se ducea la culcare.

Când a fost întrebat despre alte episoade anterioare de anxietate, dl X şi-a amintit despre trecutul său îndepărtat. La vârsta de doi ani şi nouă luni el a fost trimis să locuiască cu bunica sa după moartea părinţilor. Prima dată când şi-a amintit să fi avut un atac de panică a fost la scurt timp după aceasta. DI X şi-a adus aminte cum asculta noaptea respiraţia bunicii de partea cealaltă a peretelui camerei. Când i s-a părut ca aceasta nu mai respira, a trăit un moment de panică ce a condus la adoptarea unei poziţii fetale, la legănare şi la rostirea numelui bunicii. A fost copleşit de un sentiment de groază că bunica sa ar putea muri ca şi părinţii săi. DI X a resimţit ulterior anxietate când a trebuit să-şi părăsească bunica pentru a merge la grădiniţă. De-a lungul copilăriei şi adolescenţei el a resimţit anxietate la limita panicii de fiecare dată când s-a confruntat cu orice formă de separare, mutare geografică sau schimbare de rol.

De-a lungul vieţii sale adulte, dl X a menţinut relaţii cu figurile ocrotitoare din mediul său pentru a se feri de orice fel de sentimente ale anxietăţii de separare sau panică.

De exemplu, el s-a căsătorit cu o femeie cu 20 de ani mai tânără decât el pentru a se asigura că nu-l va abandona prin moarte, lăsându-l singur şi izolat. În mare parte el nu a avut simptome de anxietate până la vârsta de 72 de ani, când internistul său l-a

informat că are boala Alzheimer. Procesul de demenţă a perturbat un echilibru pe care el l-a obţinut de-a lungul unei lupte considerabile, timpuriu în viaţă. Sentimentul că începe „să-şi piardă minţile" a fost asociat cu pierderea imaginii interne, consolatoare a bunicii lui. Când stătea în pat noaptea a simţit din nou teroarea abandonului asociată cu pierderea sa de memorie. Ca urmare, el a devenit din ce în ce mai dependent şi mai ancorat în relaţia cu soţia sa.

13.2.2 Consideraţii asupra tratamentului

Planificarea tratamentului depinde de evaluarea corectă a următorilor factori (Lewis, 1986; Prigatano şi Klonoff, 1988): 1) modul exact în care leziunea cerebrală a afectat ariile senzoriale, motorii şi cognitive; 2) reacţia psihologică a pacientului la deficitele organice; 3) impactul leziunii cerebrale, dar şi al reacţiei pacientului asupra adaptării psihologice şi sociale a pacientului; 4) contribuţia structurii personalităţii premorbide a pacientului la imaginea clinică; şi 5) diferenţierea acelor simptome care sunt sechele directe ale leziunii cerebrale de cele care sunt asociate cu conflicte de apărare precedente sau deficite ale Eului, apărute acum ca un rezultat al traumei. Acest tip de evaluare necesită un istoric detaliat de la un membru al familiei sau de la o altă persoană semnificativă în viaţa pacientului.

O parte a evaluării acestor pacienţi include o analiză a adecvării lor pentru psihoterapia expresiv-suportivă. Lewis şi Rosenberg (1990) au delimitat cinci indicatori pentru selecţia categoriilor de pacienţi cu deficite neurologice care pot beneficia de terapie dinamică: 1) motivaţie personală, atât ca să înceapă, cât şi ca să rămână în procesul psihoterapeutic; 2) un istoric de cel

puţin o relaţie interpersonală semnificativă; 3) un grad de succes şi realizare într-un domeniu al vieţii; 4) absenţa problemelor serioase de limbaj fie de tip expresiv, fie de tip receptiv; 5) absenţa simptomelor de lob frontal, cum ar fi anosognozia, apatia severă sau impulsivitatea marcată, care ar face psihoterapia imposibilă. Un alt factor care poate fi critic în determinarea adecvării psihoterapiei este situaţia financiară a pacientului ca rezultat al leziunii creierului. Când ajutorul social recompensează substanţial pacientul pentru accidentul suferit, psihoterapia poate fi ineficientă. Dacă pacienţii sunt recompensaţi financiar pentru că au rămas infirmi, starea lor se deteriorează adesea şi motivaţia de a se schimba cu ajutorul psihoterapiei poate fi sever compromisă (Prigatano şi Klonoff, 1988).

Valoarea psihoterapiei dinamice pentru pacienţii cu leziuni cerebrale a fost remarcată de câţiva autori (Ball, 1988; Lewis, 1986; Lewis şi Langer, 1994; Lewis şi Rosenberg, 1990; Morris şi Bleiberg, 1986; Prigatano şi Klonoff, 1988; J.M. Stern, 1985). Un scop major al oricărui proces psihoterapeutic este de a ajuta aceşti pacienţi să accepte amploarea acestor deficite şi limitări în vederea reîntoarcerii la muncă. Pentru a îndeplini acest scop, terapeutul trebuie să fie sensibil la leziunea narcisică inerentă în acceptarea afectării ireparabile a capacităţilor unui individ, a abilităţilor intelectuale, a talentelor şi chiar a esenţei personalităţii individului. Este esenţial ca terapeutul să respecte şi să empatizeze cu nevoia pacientului de a nega (Lewis, 1991). Confruntări directe cu negarea au şanse foarte mari să nu ducă la niciun rezultat şi pot chiar distruge orice speranţă de a dezvolta o alianţă terapeutică. Promovarea acceptării proprii şi a limitărilor cognitive necesită expunerea pacienţilor la realitatea deficitelor într-un mod care le permite pacienţilor să simtă tristeţe săptămână de săptămână pe o perioadă extinsă.

Chiar pacienţii cu leziuni cerebrale pot avea capacitatea să folosească metaforic simboluri într-un mod reconfortant. Simbolistica poate însoţi procesul doliului (Lewis şi Langer, 1994). Un model psihoeducaţional în care natura deficitelor şi implicaţiile acestora simt explicate în unităţi mici de informaţie pe care pacientul este capabil să le asimileze poate fi folositor la începutul terapiei (Prigatano şi Klonoff, 1988). Reprezentări grafice ale diagramelor pot ajuta pacienţii cu aceste limitări să vizualizeze ceea ce terapeutul descrie. Pe măsură ce pacienţii îşi exprimă tristeţea pierderii identităţii precedente şi a nivelului de funcţionare precedent, mânia îndreptată împotriva lor înşişi şi a altora care au avut de-a face cu accidentul are şanse foarte mari să iasă la suprafaţă. Terapeuţii pot apoi să ajute pacienţii să se ierte pe ei înşişi şi să îi ierte pe ceilalţi pentru a putea să îşi continue viaţa.

Psihoterapeutul dinamic al pacientului cu leziune cerebrală trebuie, de asemenea, să fie informat despre procesul recuperării şi efectul acesteia asupra procesului terapeutic. Trei faze generale pot fi astfel identificate (J.M. Stern, 1985). În prima fază pacientul nu este capabil să prelucreze ceea ce i s-a întâmplat. Mecanismele obişnuite de apărare ale Eului simt copleşite şi terapeutul trebuie să-şi asume rolul unui Eu auxiliar, suportiv, consecvent, care asigură funcţiile lipsă ale pacientului şi îi explică pacientului prin ceea ce trece. În faza a doua, pacienţii încep să înţeleagă ceea ce li s-a întâmplat şi sunt predispuşi să simtă că sunt victimele unei lumi ameninţătoare şi răuvoitoare. Toată „răutatea” este împărţită şi proiectată în alţii, inclusiv în terapeut. În această fază, terapeuţii trebuie să controleze impulsurile distructive şi reprezentările obiectului şi Sinelui răuvoitoare proiectate în ei şi totuşi să continue să rămână un Eu supraveghetor pentru pacient. Dezvoltarea încrederii în alţii este o sarcină importantă în recuperarea

pacienţilor cu leziuni cerebrale, iar o alianţă de încredere cu terapeutul poate fi un prim pas în această direcţie. Terapeuţii pot promova încrederea explicând înţelesul experienţei pacientului şi accentuând diferenţele între ceea ce se / întâmplă în interiorul pacientului şi ceea ce se întâmplă în realitatea exterioară. Pe măsură ce funcţiile cognitive se îmbunătăţesc, pacienţii intră în a treia fază, în care conflictele intra-psihice devin şi mai proeminente. Sarcina terapeutului în această fază este să îşi ajute pacienţii să-şi formeze o nouă identitate, conectând experienţele trecute şi reprezentările Sinelui cu experienţele lor actuale. Idealizarea trecutului de către pacient poate fi abordată de către terapeut pentru a facilita integrarea trecutului în prezent. Durerea şi pierderea sunt temele centrale ale acestei faze.

Problemele cu autostima şi modularea afectului ies aproape invariabil la suprafaţă în procesul de psihoterapie şi reabilitare a pacienţilor cu leziuni cerebrale. Totuşi aceste două arii de interes sunt, de asemenea, problematice pentru mulţi pacienţi cu tulburări de personalitate. Psihoterapeuţii trebuie să evite să se lase seduşi de gândul că toate simptomele psihologice sunt legate direct de leziunea cerebrală. Este obişnuit pentru pacienţii narcisici, antisociali şi borderline să se pună în situaţii care implică un grad de risc de leziune, şi aceste dimensiuni caracterologice trebuie să fie abordate pe parcursul psihoterapiei. De asemenea, aceste tendinţe caracterologice sunt adesea exacerbate de leziunea cerebrală, pacienţii devenind „şi mai mult ceea ce erau deja”. Pentru a face faţă situaţiei de pierdere a controlului din cauza distrugerii ţesutului cerebral, un pacient obsesiv-compulsiv poate deveni şi mai obsesiv-compulsiv. Pacienţii isterici şi histrionici pot deveni şi mai confuzi cognitiv şi labili emoţional ca răspuns la leziunea cerebrală. Psihoterapeuţii nu trebuie să oprească terapia

tulburării de personalitate doar din cauza apariţiei leziunii cerebrale.

Mulţi clinicieni sunt de un optimism rezervat în ceea ce priveşte tratamentul pacienţilor cu leziune cerebrală. Demenţa progresivă, pe de altă parte, le stârneşte adesea terapeuţilor un pesimism profund. Când cauzele tratabile de demenţă (de ex., depresia, hipotiroidismul, carenţele de vitamine, porfiria, neoplasmul şi encefalitele) simt eliminate, unii clinicieni pun diagnosticul de boală Alzheimer şi se retrag din procesul terapeutic. Această retragere nefericită este asociată cu imaginea că boala Alzheimer nu este tratabilă. Dintr-o perspectivă psihodinamică, termenul de demenţă netratabilă nu există. Foarte multe lucruri se pot face pentru a ajuta aceşti pacienţi şi familiile lor în viaţa de zi cu zi.

Un terapeut individual sau de familie trebuie să fie vigilent în ceea ce priveşte riscul de depresie în stadiile timpurii ale pacientului cu boală Alzheimer. Zabenko et al. (2003) a identificat o frecvenţă ridicată a depresiei majore la începutul şi după apariţia deficitelor cognitive la pacienţii care nu aveau antecedente de episoade depresive premorbide. Cercetarea lor a indicat o prevalenţă pentru depresia majoră între 22, 5 şi 54, 4. Ei au indicat că acest sindrom depresiv major al bolii Alzheimer poate fi printre cele mai frecvente tulburări de dispoziţie la vârstnici. Un terapeut psihodinamic poate, de asemenea, ajuta pacientul să facă faţă anxietăţii asociate iminentei pierderi a Sinelui, care poate conduce spre o teroare existenţială (Garner, 2003). Pentru că memoria este extrem de importantă spre a asigura un sens al continuităţii Sinelui, psihoterapeuţii pot încuraja pacienţii cu demenţă să povestească de mai multe ori anumite aspecte ale vieţii lor. Pe măsură ce boala progresează, terapeutul poate servi ca o funcţie auxiliară a Eului, ajutând pacientul / să-şi amintească lucruri semnificative şi firul general al vieţii (Hausman, 1992).

Acest proces ajută pacientul să se simtă mai puţin izolat. Pacienţii mai vârstnici adesea se tem ca viaţa lor să nu treacă neobservată. Terai peutul ascultă poveştile de viaţă ale acestora şi astfel devine martor la ceea ce au aflat despre viaţa lor, aceste momente având o valoare terapeutică extraordinară pentru pacient (Gabbard, 2004; Poland, 2000). Unii pacienţi vor avea un sentiment reînnoit de sens şi scop al vieţii lor şi chiar un sentiment că nu au trăit în van. Butler (1963) a denumit acest model terapeutic „recapitularea vieţii" şi, în anumite cazuri, aceste reminiscenţe pot conduce la amintiri pline de bucurie şi scop, precum şi la situaţii caracterizate de tristeţe şi pierdere. Aceste amintiri pot ajuta pacienţii să treacă peste sentimentul de pierdere pe care îl au. Pacienţii în stadiile timpurii ale demenţei sunt îngrijoraţi atât în ceea ce priveşte pierderea simţului de sine, cât şi în ceea ce priveşte pierderea legăturilor cu ceilalţi. Această îngrijorare poate lua forma unei pierderi a prezenţei fizice a celorlalţi, dar, aşa cum s-a observat mai devreme, se poate manifesta şi ca frică de a pierde capacitatea de a-i reţine pe ceilalţi ca reprezentări mintale.

DI Y era un bătrân de 81 de ani, căsătorit, aflat în primele stadii ale demenţei Alzheimer. El a început să aibă probleme să-şi amintească despre fata sa de 49 de ani şi copiii ei. Deşi ea l-a vizitat în fiecare săptămână şi i-a acordat suport şi dragoste, el avea probleme în a-şi aminti cum arată, între vizite. A venit la biroul terapeutului într-o dimineaţă şi i-a spus acestuia că a avut un coşmar în noaptea precedentă. A spus ca nu poate să-şi scoată visul din minte. Când terapeutul l-a rugat pe dl Y să-i descrie în detaliu visul, acesta a spus că se întâlnise pe stradă cu fiica sa şi cei doi copii ai acesteia, dar el nu a prea putut să le vadă feţele. Oricât de mult se

străduia să le identifice trăsăturile faciale, ei păreau să se îndepărteze astfel încât el să nu poată să-i recunoască. După ce s-a trezit s-a uitat la o fotografie cu fiica sa şi nepoţii care era lângă pat. Terapeutul domnului Y l-a întrebat dacă îi este teamă că nu va putea reţine imaginea lor în minte. DI Y a răspuns cu lacrimi în ochi: „Îmi este teamă că atunci când vor veni în vizită nu îmi voi aminti cum arată şi nu îi voi recunoaşte”.

Frica domnului Y reflectă cum pierderea reprezentărilor interne ale celorlalţi poate fi la fel de ameninţătoare ca şi pierderea persoanelor îngrijitoare din mediul înconjurător apropiat. Modificări speciale ale terapiei sunt adesea folositoare cu pacienţii în stadiile timpurii ale demenţei Alzheimer. Şedinţe mai scurte, dar mai frecvente sunt mai de folos (Garner, 2003). Folosirea fotografiilor ca amintiri în tehnica de recapitulare a vieţii poate fi, de asemenea, utilă. Venirea şi plecarea de la cabinet pot deveni dificile, astfel încât vizitele la domiciliu ar putea fi necesare.

Consultaţia şi supravegherea por fi necesare în încercarea de a trata acest segment de populaţie. Mulţi terapeuţi se vor simţi copleşiţi de deteriorarea stării şi iminenţa decesului acestor pacienţi. Ei se vor simţi cuprinşi de senzaţia neajutorării şi neputinţei (Garner, 2003) şi, de asemenea, vor simţi labilitatea afectivă a pacienţilor greu de suportat în anumite momente. Unii pacienţi vor îneca în lacrimi şedinţa terapeutică într-o durere parcă de neconsolat. Cel mai greu lucru este faptul că terapeuţii pot avea sentimente de agresivitate din cauza iritaţiei şi lipsei de progres şi a faptului că trebuie să repete mereu aceleaşi lucruri pentru că pacientul continuă să uite. Ca rezultat al acestei iritaţii, ei pot avea sentimente de vinovăţie excesivă şi autoreproş cu privire la

eşecul lor de a fi terapeuţi suportivi şi atenţi.

Unii pacienţi din stadiile timpurii ale demenţei Alzheimer pot folosi negarea pentru a opri impactul total al bolii să ajungă în starea de conştienţă. Clinicienii care tratează aceşti pacienţi trebuie să respecte nevoia lor de negare, dar trebuie, de asemenea, să-i ajute să strângă legăturile cu familia sau colegii până nu e prea târziu (Martin, 1989). De aici înainte, o problemă permanentă pentru fiecare terapeut este să se ocupe de probleme practice şi juridice din realitate, încercând în acelaşi timp să reducă nivelul de suferinţă al pacientului.

Psihoterapia nu este adesea văzută ca o modalitate folositoare pentru pacienţii cu Alzheimer sau familiile lor. Clinicienii trebuie mai degrabă să iniţieze ei procesul terapeutic decât să aştepte o cerere din partea pacientului. Poveştile pe care aceşti pacienţi le spun pot fi bogate în aluzii metaforice care simt folositoare din punct de vedere terapeutic (Cheston *1998).* Un aspect crucial al abordării psihodinamice a demenţei este recunoaşterea faptului că aceşti pacienţi pot fi adresaţi emoţional mult timp după ce s-au confruntat cu pierderi cognitive majore. Cincizeci şi una de persoane cu un diagnostic probabil de boală Alzheimer au fost studiate după cutremurul Kobe din 1995 (Ikeda et al., 1998). Amintirile lor despre cutremur, la 6 şi 10 săptămâni după acesta, au fost comparate cu amintirile lor despre efectuarea unei scanării cu rezonanţă magnetică imediat după cutremur. În timp ce doar 31 dintre subiecţi şi-au amintit scanarea, aproape 86 şi-au amintit cutremurul, inclusiv subiecţi cu demenţă severă. Una dintre implicaţiile acestei descoperiri este că pacienţii cu demenţă se pot angaja emoţional în legătură cu evenimente de viaţă majore. Într-un editorial care a însoţit studiul de bază, Williams şi Garner (1998) au accentuat faptul că „aceşti oameni au insule de memorie care, dacă sunt descoperite şi utilizate, pot avea un efect activator şi

pot elibera alte amintiri" (p. 379). Autorii au pledat, de asemenea, pentru introducerea de stimuli cu semnificaţie în modelul activităţii zilnice pentru aceşti pacienţi cu demenţă, cu scopul de a-i ajuta să reducă rata de pierdere a memoriei şi pentru a menţine o legătură afectivă cu terapeuţii lor.

Un alt element-cheie al psihoterapiei informate dinamic este de a se face tot ce se poate pentru a păstra autostima acestor pacienţi, care alunecă din punct de vedere cognitiv, şi pentru a consolida mecanismele de apărare adaptative.

Următorul exemplu de caz ilustrează câteva principii de management folositoare:

Di Z era un preot protestant de 59 de ani cu un istoric de 4 ani de deteriorare a funcţiilor mintale. Membrii parohiei sale au observat apatie şi neglijenţă în ceea ce priveşte funcţiile administrative. Cataloagele bisericii erau mai prost organizate, iar el părea mai puţin conştiincios în efectuarea obligaţiilor faţă de diverşi enoriaşi. Soţia domnului Z a observat că adesea el nu putea să îndeplinească cereri simple. Ea se supăra pe el pentru că o „asculta selectiv", când acesta îi spunea că a uitat ceea ce îi zisese ea.

Dna Z l-a adus pe soţul ei la evaluare psihiatrică reclamând faptul că acesta „nu mai e la fel". DI Z a acceptat că se simţea ca şi cum ceva i se întâmpla, dar nu putea să descrie exact ce este, tot ce putea să spună era că nu-şi mai amintea lucrurile la fel de uşor cum o făcea înainte. Dna Z s-a plâns că relaţia lor conjugală se deteriora deoarece soţul său nu mai răspundea dorinţelor ei aşa cum obişnuia să o facă. DI Z s-a simţit rănit de reacţia membrilor

congregaţiei şi a început să se simtă ratat.

Examenul stării psihice a scos la iveală probleme ale memoriei de termen scurt şi ale abilităţilor de calcul, precum şi dificultăţi minore cu orientarea temporală. DI Z prezenta şi semne de inerţie mintală, nefiind capabil să schimbe subiectul sau să se concentreze pe altă sarcină decât după ce i se acorda o perioadă de timp considerabilă. Studiile diagnostice extinse au eliminat cauze ale demenţei, cum ar fi trauma, infecţia, neoplasmul sau hidrocefalia cu presiune normală, precum şi cauze autoimune, metabolice, hematologice, vasculare sau datorate unor factori toxici. De asemenea, rezultate negative au avut şi: tomografia computerizată, radiografiile de craniu şi electroencefalograma. Testările neuropsihologice au fost mai productive, cu următoarele rezultate; 1) deficite de intensitate mică sau medie ale dexterităţii manuale, 2 deficite uşoare spre moderate ale funcţiei de percepţie, 3) deficite uşoare sau medii ale memoriei recente, 4) disfuncţii organice difuze tipice unei boli neurologice progresive şi 5) o diminuare în atenţie.

După ce a fost determinat diagnosticul de demenţă de cauză necunoscută (boala Alzheimer la un pacient de 59 de ani este neobişnuită, dar nu este nemaiauzită), rezultatele diagnosticului au fost explicate atât pacientului, cât şi soţiei sale. Când d-na Z a putut să accepte leziunea structurală a creierului soţului ei, ea a putut să-şi reducă aşteptările în privinţa reacţiilor lui la cererile ei. În loc să presupună că el va reacţiona întotdeauna la comentariile ei verbale, aşa cum o făcea în trecut, ea a încercat noi modalităţi de a se relaţiona cu el. La

sugestia psihiatrului, ea a scăzut frecvenţa vorbirii şi a învăţat să repete comentarii care nu păreau să fie înregistrate. A încercat şi reformularea comentariilor pe care dl Z nu părea să le înţeleagă. Mai mult, ea nu mai era atât de uşor iritată de el, ceea ce a condus la mai multe interacţiuni pozitive între cei doi şi la o creştere a încrederii de sine a domnului Z.

DI Z fusese întotdeauna o persoană ordonată, mofturoasă, cu proeminente trăsături de caracter obsesiv-compulsive. Pentru a se împăca cu ideea că abilităţile sale intelectuale şi administrative se deteriorează, el a început să citească Biblia două-trei ore pe zi, atât pentru a încuraja intervenţia divină, cât şi ca o încercare de a câştiga controlul asupra informaţiei pe care spera să o împărtăşească cu enoriaşii săi. Psihiatrul care l-a evaluat l-a ajutat pe dl Z să-şi folosească trăsăturile de caracter obsesiv-compulsive într-un mod mai eficient. Ca urmare, dl Z a început, alături de soţia sa, să-şi scrie în fiecare dimineaţă un program zilnic cu ceea ce avea de făcut între micul dejun şi ora de culcare. Mai mult, el a început să-şi ia cu el un carneţel de notiţe pentru a putea scrie ce îi spuneau ceilalţi oameni şi astfel să-şi aducă aminte ce avea de făcut.

Stima de sine a domnului Z depinsese de poziţia sa ca preot, iar incapacitatea de a mai continua să-şi exercite meseria s-a concretizat într-o adâncă rană narcisică. Iniţial, el a protestat când psihiatrul l-a sfătuit să reducă din responsabilităţi. Totuşi, cu acordul domnului Z, preotul cu care lucra a fost luat drept aliat în încercarea de a găsi metode ca dl Z să continue să servească biserica fără a fi pus în situaţii în care să dea piept cu sarcini imposibile. De

exemplu, colegul preot a început să pregătească şi să tipărească catalogul săptămânal, în timp ce dl Z a continuat să folosească imprimanta ca să-şi producă numărul necesar pentru slujba de duminică. Astfel, dl Z a continuat să se simtă productiv, ceea ce l-a ajutat să-şi păstreze în oarecare

măsură stima de sine. Prin evitarea sarcinilor care îi depăşeau capacităţile, de

asemenea, a evitat leziuni narcisice repetate.

Cazul domnului Z ilustrează câteva principii folositoare pentru managementul informat dinamic al demenţei: 1) atenţie pentru problemele de autostimă; 2) evaluarea mecanismelor de apărare caracteristice şi ajutarea pacientului de a le folosi într-un mod constructiv;

3) găsirea de modalităţi pentru a înlocui funcţiile deficiente ale Eului şi limitările cognitive, cum ar fi utilizarea calendarului pentru probleme de orientare, luarea notiţelor pentru probleme de memorie şi stabilirea unui orar pentru problemele secundare de funcţionare autonomă; şi

4) asistenţa membrilor familiei în vederea dezvoltării unor noi metode de relaţionare care să ajute la creşterea autostimei pacientului scăzând interacţiunile negative.

În cele din urmă, familia pacientului este principalul factor al intervenţiei deoarece ea se confruntă cu furie, vină, tristeţe şi epuizare în faţa declinului inexorabil al pacientului. De fapt, unii privesc terapia familiei ca un tratament dinamic de elecţie în demenţa Alzheimer (Lansky, 1984). Învinuirea propriei persoane sau a celorlalţi este un mecanism frecvent la membrii familiei. Readaptarea rolurilor membrilor familiei poate necesita intervenţie. Clinicienii pot ajuta familiile cu recomandări

practice asupra unor lucruri cum ar fi nivel de iluminare scăzut, utilizarea muzicii pentru îmbunătăţirea mediului, emiterea cererilor ia nivelul de înţelegere al pacientului şi alte eforturi psihoeducaţionale. Măsuri simple, ca acoperirea clanţei uşii pot împiedica pacientul să creadă că trebuie să deschidă uşa şi să iasă din apartament. Ei pot, de asemenea, recurge la resurse cum ar fi cele dezvoltate de către Academia Americană de Neurologie (Doody et al., 2001) şi grupuri de suport Alzheimer locale. Într-un studiu controlat, randomizat (Mittelman et al., 2004) pe 406 soţi îngrijitori ai unor pacienţi cu boală Alzheimer care stau acasă, supuşi la 6 sesiuni de consiliere individuală şi familială şi care şi-au exprimat acordul să se alăture grupurilor de suport, simptomele depresive au fost semnificativ mai puţine după intervenţie decât au fost cele ale subiecţilor de control. Aceste efecte au fost susţinute timp de 3 ani şi o lună de la pornire, la fel ca şi după instituţionalizarea pacienţilor în azile sau decesul acestora.

Clinicienii pot, de asemenea, să ajute persoanele îngrijitoare explicându-le ce nu trebuie să facă. De exemplu, când un pacient cu boală Alzheimer învinovăţeşte un îngrijitor că i-a furat ceva ce nu mai găseşte, nu foloseşte la nimic ca acesta să-l contrazică (Weiner şi Teri, 2003). În schimb, el poate să-l ajute pe pacient să găsească ceea ce a pierdut. Dacă un stimul din mediul înconjurător face pacientul să devină furios sau iritat, îngrijitorul ar trebui, mai degrabă, să elimine stimulul decât să încerce să îi explice pacientului. În general, evitarea confruntării este cea mai bună strategie. Îngrijitorii trebuie să fie ajutaţi să le asigure o rutină structurată care să fie constant întărită, chiar dacă acest lucru necesită un efort considerabil. Când pacienţii, de exemplu, ştiu că trebuie să se dea jos din pat la o anumită oră, să-şi ia masa la anumite intervale şi să iasă la o plimbare după masă, ei au un mediu mai previzibil în care se pot desfăşura. Ei pot

reduce considerabil anxietatea bazată pe nesiguranţă şi imprevizibil.

Sarcina finală, desigur, implică acceptarea morţii. Clinicienii care se confruntă alături de familii cu astfel de situaţii vor considera adesea obositor procesul terapeutic, dar ei se pot mândri că au avut un impact semnificativ asupra vieţilor tuturor celor implicaţi. **Secţiunea III: ABORDĂRI DINAMICE ALE TULBURĂRILOR DIN AXA II14. Grupa A**

Tulburările de personalitate

Paranoidă; schizoidă şi schizotipală

14.1 Tulburarea de personalitate paranoidă

Gândirea paranoidă nu este patologică în şi prin ea însăşi. Aşa cum am descris în Capitolul 2, poziţia paranoid-schizoidă este o modalitate de bază de organizare a experienţei care persistă în psihicul uman în timpul întregului curs al ciclului vieţii. În acest fel, gândurile şi sentimentele periculoase sau neplăcute sunt clivate, proiectate în afară şi atribuite altora. Această modalitate este uşor accesibilă în toate categoriile de experienţe de grup, cum ar fi convenţiile politice, evenimentele sportive şi dinamica instituţională. În anumite conjuncturi istorice, culturi întregi au fost invadate de gândirea paranoidă, ca în „vânătorile de vrăjitoare" ale erei McCarthy în această ţară.

Tulburarea de personalitate paranoidă este în orice caz o entitate patologică distinctă care este independentă de factorii culturali şi nu este o stare tranzitorie născută din conexiunile dinamicii de grup. Implică un stil pătrunzător de a gândi, simţi şi de a se relaţiona cu alţii care este extraordinar de rigid şi invariabil. Aceşti indivizi

trăiesc în interiorul poziţiei paranoid-schizoide. Şapte trăsături comune compun criteriile de diagnostic; cel puţin patru trebuie să fie prezente pentru a pune diagnosticul (Tabel 14 – 1). Mai mult, credinţele suspicioase ale pacientului trebuie să se oprească înainte de a deveni delirante şi trebuie să apară independent de un diagnostic de psihoză pe Axa I, cum ar fi schizofrenia sau tulburarea delirantă.

Aşa cum se întâmplă cu majoritatea tulburărilor de personalitate, trăsăturile cheie ale tulburării de personalitate paranoide sunt egosintonice. O înţelegere psihodinamică a acestor indivizi se bazează

Tabel 14 – 1. Criteriile DSM-IV-TR pentru tulburarea de personalitate paranoidă.

A. O suspiciozitate şi o neîncredere pervazivă în legătură cu alţii, astfel încât motivele acestora sunt interpretate ca răuvoitoare, începând cu vârsta adultă tânără şi prezente într-o varietate de contexte, cum este indicat de patru (sau mai multe) din următoarele:

B.

(1) suspectează, fără o bază suficientă, că ceilalţi îl exploatează, îi fac rău sau îl mint

(2)

(3) este preocupat de dubii nejustificate în legătură cu loialitatea sau cu onestitatea prietenilor sau asociaţilor

(4)

(5) nu se încrede în ceilalţi din cauza fricii nejustificate că informaţia ar putea fi folosită în mod răuvoitor împotriva sa

(6)

(7) vede intenţii ascunse sau semnificaţii ameninţătoare în remarci sau evenimente benigne

(8)

(9) poartă ranchiună în mod persistent, adică nu iartă insultele, injuriile sau lipsa de respect

(10)

(11) percepe atacuri la adresa caracterului sau a reputaţiei sale care nu sunt evidente pentru alţii şi este gata să reacţioneze cu mânie sau să contraatace

(12)

(13) are suspiciuni repetate, fără justificare, în ceea ce priveşte fidelitatea soţiei sau a partenerului sexual

(14)

C. Nu apare în mod exclusiv în timpul evoluţiei schizofreniei, a unei tulburări de dispoziţie cu trăsături psihotice sau a unei alte tulburări psihotice şi nu se datorează efectelor fiziologice directe ale unei afecţiuni medicale generale.

D.

Notă: Dacă criteriile sunt îndeplinite înainte de debutul schizofreniei, trebuie adăugat „premorbid", de ex.: „tulburare de personalitate paranoidă (premorbidă)". *Sursă.* Retipărit după Asociaţia Psihiatrică Americană, *Manual statistic pl diagnostic al tulburărilor mintale (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders,* ediţia a patra, text revizuit, Arlington, VA, American Psychiatric Association, 2000). Copyright, 2000, American Psychiatric Association. Folosit cu permisiune.

pe experienţa limitată a travaliului psihanalitic sau psihoterapeutic cu această populaţie. Într-un studiu pe 100 de pacienţi care au aplicat pentru psihanaliză la Centrul Psihanalitic de la Columbia (Oldham şi Skodol, 1994), doar 4 au fost diagnosticaţi cu instrumente riguroase pentru evaluarea tulburărilor de personalitate ca având tulburare

de personalitate paranoidă. Este mai probabil ca diagnosticul să fie pus când pacienţii se prezintă cu simptome pe Axa I şi sunt găsiţi cu comorbiditate pentru tulburarea de personalitate paranoidă. De exemplu, într-un studiu-pilot pe pacienţi cu tulburare de panică (Reich şi Braginsky, 1994), tulburarea de personalitate paranoidă a fost găsită la 54 dintre subiecţii care s-au prezentat la un centru comunitar de sănătate mintală. Faptul că tulburarea de personalitate paranoidă ca atare este rareori motivul pentru care un pacient cere tratament psihiatric nu înseamnă că tulburarea este rară. Într-un eşantion reprezentativ pentru comunitatea din Oslo, Norvegia, Torgersen et al. (2001) au găsit o prevalentă de 2, 4 pentru tulburarea de personalitate paranoidă, cea mai mare pentru diagnosticele de pe Axa II.

Pacienţii paranoizi sunt aduşi frecvent de către membri de familie la tratament sau de colegii de muncă care sunt sătui de declaraţiile şi acuzaţiile constante ale pacientului. Un şef, de exemplu, poate insista ca un angajat să se trateze – sau să-şi caute o slujbă în altă parte. Un soţ obosit de acuzaţiile de infidelitate poate folosi ameninţarea cu divorţul pentru a-l forţa pe individul paranoid să se trateze. Chiar când pacienţii paranoizi încep tratamentul de bunăvoie, ei rămân de obicei fără convingerea că ar avea tulburări psihiatrice. Problemele cu care se prezintă se învârt în jurul acum ceilalţi i-au tratat prost şi i-au trădat.

Criteriile de diagnostic reflectă un fel de gândire care poate fi conceptualizat ca un stil cognitiv paranoid distinct (Shapiro, 1965). Acest stil de gândire se caracterizează printr-o căutare neobosită a unor înţelesuri ascunse, a unor indicii pentru descoperirea „adevărului” în spatele aparenţelor unei situaţii. Ceea ce este evident, ceea ce este la suprafaţă şi ceea ce este aparent doar maschează realitatea. Această căutare fără sfârşit implică

o atenţie în stare de intensă hiperalertă, evidenţiată printr-o suspiciozitate legată de această monitorizare continuă. Un individ paranoid scanează constant mediul înconjurător pentru orice este ieşit din comun – un stil de gândire care cere o creştere considerabilă a tensiunii fizice şi emoţionale. Pacientul paranoid este pur şi simplu incapabil să se relaxeze.

Gândirea paranoidă se caracterizează şi printr-o lipsă de flexibilitate. Argumentul cel mai convingător nu va avea în general niciun impact asupra credinţelor rigide şi de neabătut ale persoanei paranoide. De fapt, persoanele care încearcă să discute cu cineva care are o tulburare de personalitate paranoidă se vor trezi pur şi simplu ca devenind ţinta suspiciunii. Gândirea persoanei paranoide diferă de cea a persoanei cu schizofrenie paranoidă prin faptul că nu este delirantă. De fapt, pacienţii cu tulburare de personalitate paranoidă tind să aibă percepţii remarcabil de adecvate în legătură cu mediul lor. Totuşi judecata lor despre aceste percepţii este în general afectată. Realitatea însăşi nu este distorsionată; mai degrabă *semnificaţia* realităţii aparente este construită greşit (Shapiro, 1965). Acest stil cognitiv caracteristic poate fi greu de diagnosticat deoarece individul paranoid este frecvent tăcut şi suspicios. De fapt, chiar testele proiective pot identifica individul paranoid ca pe o persoană mai mult sau mai puţin normală care este doar inhibată.

14.1.1 înţelegere psihodinamică

O înţelegere a caracteristicilor poziţiei paranoid-schizoide este esenţială pentru înţelegerea pacientului paranoid. Aşa cum am notat în Capitolul 2, clivajul este un mecanism central în acest mod de organizare a experienţei. Sentimentele de iubire şi ură faţă de acelaşi

obiect trebuie separate unul de celălalt. Orice mişcare în sensul integrării creează o anxietate intolerabilă care se naşte din teama că ura va copleşi şi va distruge iubirea. Din punctul de vedere al pacientului paranoid, supravieţuirea emoţională îi cere pacientului să cliveze tot „răul" şi să-l proiecteze în figuri din afară. O manifestare a acestei manevre defensive este aceea că lumea internă normală de agresor şi victimă în acelaşi timp se transformă într-o experienţă de viaţă în care individul paranoid ocupă constant rolul de victimă faţă de agresori sau persecutori externi. Viziunea pe care o au pacienţii paranoizi despre lume uşurează astfel tensiunea internă dintre introiectele lor. Dacă un individ paranoid este forţat să reinternalizeze ceea ce a fost proiectat, tensiunea internă crescută va determina rigiditate şi apărări crescute (Shapiro, 1965).

Pacienţii cu tulburare de personalitate paranoidă abordează fiecare relaţie cu credinţa că cealaltă persoană va „greşi" şi va confirma suspiciunile sale. În modul de existenţă paranoid-schizoidă, pacientul trăieşte într-o stare de anxietate permanentă izvorâtă dintr-o convingere că lumea este populată cu străini nedemni de încredere şi imprevizibili (Ogden, 1986), Chiar când un terapeut capabil, stabil a lucrat cu un pacient paranoid o lungă perioadă de timp, o dezamăgire minoră poate să-l facă pe pacient să desconsidere complet comportamentul anterior al terapeutului şi să simtă – cu o convingere de neschimbat – că terapeutul nu merită încredere. Terapeutul a fost „demascat". Astfel, experienţele bune cu o persoană în trecut pot fi complet şterse de situaţia prezentă.

Experienţa este luată literal drept ceea ce pare. Pacienţii cu tulburare de personalitate paranoidă simt incapabili să gândească: „Este *ca şi cum* această altă persoană încearcă să mă rănească". În schimb, ei *ştiu* că cealaltă persoană ascunde gânduri şi intenţii răuvoitoare. În mod similar, în relaţia de transfer cu terapeutul,

pacientul paranoid nu este capabil să spună: „Simt că reacţionez faţă de tine *ca şi cum* ai fi sadic aşa cum era tatăl meu”. Pacientul îl resimte pur şi simplu pe terapeut ca fiind sadic. Prin urmare, aceşti pacienţi pot fi văzuţi din perspectiva teoriei ataşamentului ca suferind de un eşec în cursul procesului de dezvoltare în ceea ce priveşte mentalizarea (Williams et al., 2005) deoarece ei apar frecvent blocaţi într-un mod de gândire de tip echivalenţă psihică.

Proiecţia şi identificarea proiectivă sunt două mecanisme de apărare cheie ale tulburării de personalitate paranoide. Proiecţia substituie o ameninţare internă cu una externă; identificarea proiectivă merge cu un pas înainte. Pe lângă externalizarea ameninţărilor, identificarea proiectivă „controlează” persoane din mediul extern legându-le de persoana paranoidă în modalităţi înalt patologice. Nevoia de a-i controla pe alţii reflectă autostima teribil de joasă care se află în nucleul paranoiei (Meissner, 1986). Profund în interior, pacientul paranoid se simte inferior, slab şi ineficient. Astfel, grandoarea sau sentimentul de a fi „special”, frecvent văzute la aceşti pacienţi, pot fi uneori înţelese ca o apărare compensatorie care este o recuperare pentru sentimentele de inferioritate. Cei care cer efectiv tratament pot manifesta unele sentimente de depresie sau de anxietate drept rezultat al eşecului apărărilor paranoide şi grandioase şi o revărsare a acestor sentimente subiacente de inadecvare (Meissner, 1995).

Autostima scăzută din miezul tulburării de personalitate paranoide îi conduce pe aceşti indivizi să dezvolte o sensibilitate ascuţită faţă de problemele legate de rang şi putere. Îi preocupă mult ideea că persoane cu autoritate îi vor umili sau vor aştepta de la ei să fie supuşi (Shapiro, 1965). Ei percep ameninţările la autonomia lor ca fiind omniprezente. O frică repetată legată de relaţiile

lor interpersonale este aceea că ele vor avea drept rezultat supunerea la un control extern; ei se tem că oricine încearcă să fie apropiat cu ei încearcă în secret să-i conducă. Această preocupare poate apărea la suprafaţă ca o oroare faţă de impulsurile homosexuale pasive, descrisă pentru prima dată de Freud (1911/1958) în cazul judecătorului Schreber care suferea de tulburări psihotice. Totuşi nu toţi indivizii paranoizi sunt în mod necesar preocupaţi de impulsurile homosexuale pasive. Homosexualitatea recunoscută şi tulburarea de personalitate paranoidă pot să existe şi chiar există la aceeaşi persoană. Ideea principala este mai degrabă că aceşti pacienţi sunt preocupaţi de *orice* predare pasivă în faţa *tuturor* impulsurilor şi faţă de toate persoanele (Shapiro, 1965).

Tratamentul cu succes poate să ofere o scurtă privire asupra a ceea ce stă la baza sistemului proiectiv: o cantitate bună de conţinut depresiv (Meissner, 1976) şi reprezentări de Sine diametral opuse. În coexistenţă cu versiunea specială, îndreptăţită, grandioasă a Sinelui, există un pol opus slab, fără valoare, inferior. Akhtar (1990) a examinat sistematic aceste reprezentări ale Sinelui coexistente şi le-a caracterizat în felul următor:

În afară, indivizii paranoizi sunt aroganţi, neîncrezători, pretenţioşi, ambiţioşi, lipsiţi de romantism, moralizatori şi extrem de vigilenţi faţă de mediu! din jurul lor. În interior, totuşi ei sunt înfricoşaţi, timizi, fără experienţă, imprudenţi, se îndoiesc de ei înşişi, sunt vulnerabili la erotomanie şi cognitiv incapabili să cuprindă efectiv totalitatea evenimentelor reale (p. 21 – 22).

Terapeuţii care sunt conştienţi de această altă dimensiune a personalităţii paranoide pot să empatizeze

mai uşor cu aceşti pacienţi dificili.

Eşecul în atingerea constanţei obiectului în cursul dezvoltării este o caracteristică a pacienţilor paranoizi care organizează o mare parte din comportamentul şi din gândirea lor (Auchincloss şi Weiss, 1992; Blum, 1981). Deoarece ei nu pot menţine o legătură de iubire cu reprezentarea unui obiect intern, sunt convinşi că relaţiile de iubire sunt periculoase şi instabile. Pentru a face faţă terorii asociate cu inconstanţa obiectului, pacientul paranoid îşi construieşte fantasme de legături concrete şi magice cu obiectele (Auchincloss şi Weiss, 1992). Indivizii paranoizi impun o cerere extremă de tip orizon în relaţiile lor. Ori obiectul atenţiei lor se gândeşte continuu la ei, ori acea persoană este indiferentă emoţional faţă de ei – un gând pe care pacienţii paranoizi îl găsesc intolerabil. Acest set de anxietăţi cu privire la indiferenţă şi relaţionare este în mare parte răspunzător pentru dorinţa pacienţilor paranoizi de a-şi restricţiona libertatea în scopul de a simţi o legătură concretă şi magică cu obiectele.

14.1.2 Abordări terapeutice

Din cauza suspiciozităţii lor, pacienţii paranoizi nu evoluează de obicei bine în psihoterapia de grup. Multe eforturi de tratament trebuie, aşadar, să fie iniţiate în contextul terapiei individuale, în ciuda provocării formidabile pentru psihoterapeutul individual. Aşa cum am scris mai înainte, aceşti pacienţi intră frecvent în tratament sub o anumită presiune externă şi au foarte greu încredere în cineva. În lumina acestor obstacole, primul pas în psihoterapie trebuie să fie construirea unei alianţe terapeutice. Acest proces este îngreunat de tendinţa pacienţilor paranoizi de a stimula răspunsuri de apărare la ceilalţi. Terapeutul nu este o excepţie, aşa cum ilustrează următoarea vinietă:

Pacient: Sunt într-adevăr supărat pe dumneavoastră pentru că stau în sala de aşteptare de o jumătate de oră. Mi-aţi spus să fiu aici la 9, 30 astăzi.

Terapeut: Nu, nu este adevărat. Am spus 10.

Pacient: Aţi spus 9, 30.

Terapeut *(puţin mai tare şi mai cu forţă):* **Am spus ora 10. Am scris ora în a genda mea.**

Pacient: încercaţi să mă înşelaţi! Nu veţi admite că aţi greşit, aşa că încercaţi să mă faceţi să gândesc că eu sunt cel care se înşală.

Terapeut *(Încă şi mai tare):* **Dacă aş fi greşit, aş fi recunoscut. Dimpotrivă, cred că dumneavoastră sunteţi cel care nu poate admite că a greşit, dar îmi atribuiţi asta mie.**

Pacient: Nu am de gând să suport această hărţuire. Am să găsesc alt terapeut!

Această interacţiune uşor caricaturizată ilustrează ciclul identificării proiective care este extraordinar de comun la pacienţii paranoizi. Pacientul îl tratează pe terapeut ca pe un obiect rău persecutor. Terapeutul se simte împins să fie defensiv şi sfârşeşte prin a da o interpretare care încearcă să forţeze proiecţia înapoi către pacient. Pacientul răspunde prin a se simţi atacat, neînţeles şi înşelat, Pentru a evita escaladarea acestui ciclu, terapeutul trebuie să empatizeze cu nevoia pacientului de a proiecta ca un mijloc de a supravieţui

emoţional. Terapeutul trebuie să fie dispus să servească drept container pentru sentimentele de ură, răutate, incapacitate şi disperare (Epstein, 1979; Gabbard 1991, 1996). Încercarea de a da înapoi asemenea sentimente în mod prematur îl va determina pe pacient doar să simtă o tensiune internă crescută şi să devină mai rigid. Terapeutul trebuie să fie în stare să accepte blamul, chiar până în punctul de a recunoaşte lipsa capacităţii de a-l ajuta pe pacient (Epstein, 1984). Majoritatea terapeuţilor au rezistenţe de contratransfer puternice în a accepta răspunderea pentru un tratament care eşuează; ei doar se apără în mod natural când pacienţii lor îi acuză de incompetenţă. Totuşi, prin recunoaşterea autostimei reduse care creează nevoia de a vedea greşeli la alţii, terapeuţii pot empatiza cu punctul de vedere al pacienţilor lor şi să caute în mod autentic sugestii despre cum să facă tratamentul mai productiv. A deveni defensiv este, de asemenea, o reacţie naturală la a fi acuzat de necinste. Oricum, plasarea în apărare poate fi interpretată greşit ca o confirmare că terapeutul are ceva de ascuns. A fi deschis este de departe cea mai bună politică cu pacienţii paranoizi. Dacă ei acţionează într-un fel suspicios în ceea ce priveşte dosarele sau notiţele despre terapie ale terapeutului, atunci terapeutul ar face bine să le arate aceste notiţe pacienţilor şi deci să le folosească ca intervenţie terapeutică. Refuzul de a arăta notiţele nu va face decât să incite paranoia şi mai mult.

În timpul psihoterapiei, mai ales în timpul fazelor timpurii de construire a unei alianţe, terapeutul trebuie să evite să răspundă defensiv – ca oricine altcineva din mediul pacientului. Terapeutul trebuie să nu contrazică construcţia pacientului despre evenimente sau percepţia pacientului despre terapeut, indiferent cât de negativă este. Terapeutul trebuie doar să ceară mai multe detalii şi ar trebui să empatizeze cu sentimentele şi percepţiile

pacientului. În primul rând, terapeutul trebuie să reziste frecventei tendinţe contratransferenţiale de a scăpa de proiecţiile indezirabile, forţându-le să se ducă înapoi în pacient via interpretări premature (Epstein, 1979). Ca şi în exemplul anterior, interpretările de acest fel doar vor confirma percepţia că terapeutul este pornit intens să atace pacientul. Aceeaşi situaţie poate fi mânuită destul de diferit folosind aceste principii de tehnică:

Paccent: Sunt într-adevăr supărat pe dumneavoastră pentru că stau în sala de aşteptare de o jumătate de oră. Mi-aţi spus să fiu aici la 9, 30 astăzi.

Terapeut: Haideţi să văd dacă vă înţeleg corect. Ceea ce aţi înţeles este că trebuie să mă vedeţi astăzi la ora 9, 30 în loc de ora 10?

Pacient: Aţi spus 9, 30.

Terapeut: Pot desigur să înţeleg de ce aţi putea fi supărat pe mine atunci. Necesitatea de a trebui să aştepte pe cineva 30 de minute i-ar supăra pe cei mai mulţi oameni.

Pacient: Admiteţi că mi-aţi spus să vin la 9, 30?

Terapeut: Cinstit vorbind, nu-mi amintesc să fi spus asta, dar aş dori să aud mai multe despre ceea ce vă amintiţi dumneavoastră în legătură cu acea conversaţie, astfel încât să pot să-mi dau seama ce am spus de v-am lăsat acea impresie.

În acest scenariu, terapeutul acceptă blamul într-o manieră nedefensivă, fără să admită nicio greşeală.

Terapeutul conţine proiecţia pacientului şi caută să afle mai multe informaţii despre cum a apărut ea. Acceptând posibilitatea de a-l fi indus în eroare într-adevăr pe pacient, terapeutul validează percepţia pacientului ca legitimă şi demnă de mai multă discuţie. În final, terapeutul nu încearcă să întoarcă ceea ce a fost proiectat sub forma unei interpretări.

Terapeuţii au, de asemenea, nevoie să empatizeze cu tendinţa pacientului de a fi rezervat. Există o anumită calitate adaptativă în rezervă; pacienţii paranoizi care vorbesc mult despre percepţiile lor sunt înclinaţi să-i alieneze pe ceilalţi. Terapeuţii care permit perioade de linişte şi de inhibiţie în loc să pună întrebări în mod intruziv pot să-l ajute pe pacient să se deschidă puţin mai mult. O altă tehnică pentru a construi o alianţă este de a se focaliza asupra stării de tensiune a pacientului secundară vigilenţei extraordinare necesară menţinerii stilului cognitiv paranoid. Comentarii cum ar fi „Nervii dumneavoastră trebuie să fie terminaţi” sau „Trebuie să fiţi obosit după toate acestea” pot să-l ajute pe pacient să se simtă înţeles. Când pacientul este dornic să vorbească, terapeutul trebuie să încurajeze elaborarea, care poate să reveleze antecedente istorice la situaţia de stres actuală (Meissner, 1976).

Scopul global al muncii psihoterapeutice cu pacienţii paranoizi este de a-i ajuta să-şi treacă percepţiile despre originea problemelor lor dintr-un loc extern în unul intern. Această trecere poate doar să urmeze un orar fără grabă care este unic pentru fiecare pacient. O a doua trecere care este intim legată de prima este transformarea unui mod paranoid de gândire într-un mod depresiv în care pacientul îşi permite să aibă sentimente de vulnerabilitate, slăbiciune, inferioritate şi deficienţe (Meissner, 1995). Terapeutul trebuie să suporte baraje repetate de acuzaţii şi suspiciuni fără să devină exasperat sau să dispere. Pe

măsură ce pacientul se deschide mai mult, terapeutul poate începe să numească sentimentele pacientului şi astfel să-l ajute pe pacient să facă distincţia între emoţii şi realitate (Meissner, 1976). Terapeuţii pot şi să-şi ajute pacienţii să afle golurile din cunoştinţele lor. De exemplu, un terapeut poate să întrebe „V-a spus şeful că vă urăşte?". Când pacientul răspunde negativ la întrebare, terapeutul poate să comenteze concret despre cunoştinţele limitate ale pacientului în ceea ce priveşte sentimentele şefului. Asemenea întrebări trebuie formulate cu tact şi într-un mod neutru, astfel încât să nu contrazică în mod exagerat viziunea pacientului despre lume. Terapeutul trebuie să nu ia o poziţie pro sau contra în chestiunea respectivă, ci trebuie doar să indice că sunt necesare mai multe informaţii (Meissner, 1976).

Pe parcursul întregului proces psihoterapeutic, terapeutul trebuie mai degrabă să conţină sentimente decât să acţioneze pe baza lor. Această conţinere îi va aduce pacientului o nouă relaţie de obiect diferită de cele întâlnite anterior. Experienţa diferită este internalizată în cele din urmă în timp. Acest model relaţional de schimbare este întregit de modificări gradate în gândire. Cheia pentru asemenea pacienţi este de a întreţine „un dubiu relativ" (Meissner, 1986) despre percepţiile lor asupra lumii. Pe măsură ce pacienţii trec de la poziţia paranoid-schizoidă în direcţia întâlnirii cu elementele depresive din interior, ei încep să mentalizeze mai eficient şi să aibă un simţ al Sinelui care poate media şi interpreta experienţa. Lucrurile pot deveni „ca şi cum" ar fi într-un anumit fel mai degrabă decât *cu adevărat* în acel fel. Pacienţii pot să-şi permită şi priviri mai lungi asupra sentimentelor lor de incapacitate şi de inferioritate astfel încât elementele depresive să poată fi perlaborate în transfer. În circumstanţe optime, aceşti pacienţi pot revela un dor pentru acceptare, iubire şi apropiere care este asociat cu

frustrarea şi dezamăgirea lor de către figuri timpurii din viaţa lor (Meissner, 1995). Drept rezultat, ei pot începe procesul de doliu al acelor ataşamente.

Un raport scurt al stadiilor timpurii ale psihoterapiei la un pacient cu tulburare de personalitate paranoidă ilustrează unele dintre principiile tehnice descrise în paragrafele următoare. Comentariile în paranteză de mai jos arată cum teoria şi practica se leagă în acest caz.

DI AA era un contabil în vârstă de 42 de ani care fusese în concediu medical de un an din cauza plângerilor sale continue cu privire la alergii la substanţe din mediul de lucru. După ce a primit o promovare, el s-a mutat într-un birou nou unde a început brusc să prezinte o serie de simptome fizice perturbatoare, cuprinzând dureri de cap, gândire înceată, presiune toracică, vedere înceţoşată, dureri generalizate, slăbiciune, fatigabilitate ce apărea cu uşurinţă şi lipsă de motivaţie. DI AA a atribuit aceste simptome lucrărilor noi de tapetare şi carpetare din birou şi vibraţiilor în podea de la sistemul de aerisire. Simptomele de boală începeau să dispară ori de câte ori el părăsea biroul şi frecvent nu mai existau atunci când domnul AA ajungea la doctor. I se făcuseră numeroase evaluări diagnostice de către specialişti variaţi, dintre care doar unul se gândise că ar exista o bază fizică pentru

plângerile sale. DI AA a folosit această opinie izolată pentru a-şi apăra propria viziune. El a fost presat să intre în psihoterapie de conducerea firmei sale, care era preocupată că dizabilitatea ar putea deveni permanentă. În stadiile iniţiale ale terapiei, dl AA a negat orice probleme emoţionale altele decât tensiunea conjugală, pentru care el o blama pe soţia

sa. A vorbit mult despre simptomele sale şi a susţinut că era convins de originea lor fizică în ciuda descoperirilor negative ale majorităţii specialiştilor. Pacientul se arată a fi total impermeabil la argumentele raţionale ale experţilor. El îşi expune şi grandoarea crezând că ştie mai mult decât medicii.

Când a fost întrebat despre relaţiile lui interpersonale, dl AA a spus că el şi cu tatăl său nu vorbeau, deoarece tatăl său îl înşelase în chestiuni de afaceri. Mai mult, el s-a plâns că tatăl său a fost întotdeauna mai dur cu el decât cu fraţii lui. A rezumat descrierea tatălui spunând că a fost întotdeauna un bărbat necinstit şi nedemn de încredere. DI AA a continuat cu descrierea soţiei sale ca fiind o mincinoasă. Ea îl „păcălise" să aibă un copil, nereuşind să prevină sarcina şi rămânând gravidă. A spus că nu-şi iertase niciodată soţia pentru înşelătoria ei – cu 8 ani înainte – şi a arătat cum căsătoria lor fusese un dezastru de atunci. A spus că singurul fel în care această situaţie s-ar putea schimba ar fi ca ea să devină mai demnă de încredere. Pacientul a proiectat obiectele persecutorii răuvoitoare în figuri apropiate din familia să şi le vede ca sursă a tuturor problemelor lui. Pacientul nu-şi recunoaşte nicio contribuţie la aceste dificultăţi din relaţiile familiale şi sugerează că singurele soluţii posibile implică schimbări în ceilalţi în loc de in el însuşi.

Pe tot parcursul primei şedinţe de psihoterapie, dl AA l-a scultat atent pe terapeut, punând frecvent întrebări pentru clarificarea în plus a comentariilor. El părea să caute mesaje ascunse în cele mai benigne comunicări. DI AA era hiperalert şi la orice mişcări

corporale uşoare ale terapeutului, interpretându-le frecvent greşit drept indicaţii de plictiseală sau de dezinteres. După ce a ascultat un timp, terapeutul a comentat empatie: „Trebuie să vă simţiţi groaznic în acest moment. Şeful vă împinge de la spate să faceţi terapie, vă simţiţi prost fizic şi soţia şi dumneavoastră nu vă vorbiţi". Pacientul a răspuns la acest comentariu empatie, deschizându-se puţin mai mult, admiţând că întotdeauna a avut „pielea subţire". El a recunoscut că era frecvent tulburat de lucruri minore care nu-i deranjau pe alţii. Validarea empatică a autostiinei atacate a dhu AA de către terapeut i-a permis să se simtă înţeles. Această alianţă născândă i-a permis pacientului să recunoască pentru prima dată o problemă în el însuşi, şi anume că avea „pielea subţire".

DI AA a descris reia (ia sa cu fiul său în termeni reci, calculaţi, spunând: „Suntem împreună mai mult decât media în populaţia generală". Această descriere arată incapacitatea personalităţii paranoide de a simţi căldură emoţională şi tandreţe în relaţii, deoarece a avea astfel de sentimente ar face-o vulnerabilă la rejecţie sau la atac. DI AA a schimbat subiectul către preocupările sale în legătură cu doctorii care-l examinaseră. Şi-a exprimat puternica credinţă că toţi doctorii sunt de fapt incompetenţi şi părea convins că un doctor aproape că-i provocase o hemoragie cerebrală cu o anumită medicaţie. A descris trei psihiatri care-l examinaseră înainte ca fiind toţi incompetenţi. L-a întrebat apoi pe terapeut dacă cunoaşte un anumit medicament nonpsihiatric. Când terapeutul a recunoscut că nu cunoaşte medicamentul, dl AA a răspuns repede că terapeutul era probabil la fel de

„şarlatan” ca şi ceilalţi doctori. Teama persoanei paranoide de a fi controlată, împreună cu sentimente de inferioritate în relaţiile „de sus în jos”, duce frecvent la devalorizarea şi diminuarea altor oameni. Devalorizându-l pe terapeut dl AA se asigură pe el însuşi că nu are nimic de invidiat şi niciun motiv să se simtă inferior.

Când dl AA a continuat să discrediteze opiniile numeroşilor specialişti pe care îi văzuse, terapeutul a făcut observaţia: „Aceasta trebuie să fie foarte demoralizant pentru dumneavoastră”. DI AA a răspuns abrupt: „Încercaţi să mă influenţaţi!”, Aici încercarea terapeutului de a empatiza prin introducerea unui nou sentiment a depăşit abilitatea pacientului de a admite acel sentiment. Reacţia pacientului ar fi putut fi pozitivă dacă terapeutul ar fi rămas mai aproape de cuvintele şi de stările afective pe care le descrisese pacientul însuşi.

Pe măsură ce dl AA a continuat să vorbească despre problemele lui curente, a fost în stare să admită că fusese greu pentru el să se adapteze la starea de boală şi de incapacitate de muncă după ce fusese într-o poziţie de conducere. Simţind o deschidere în ceea ce privea problema autostimei, terapeutul a făcut observaţia că a nu fi în stare să muncească trebuie să fi fost o lovitură destul de mare. DI AA a răspuns întrebându-l pe terapeut: „Credeţi că sunt slab?”. Din nou capacitatea terapeutului de a empatiza cu autostima redusa a pacientului mai degrabă decât să devină defensiv i-a permis domnului AA să-şi manifeste preocuparea faţă de slăbiciunea şi inferioritatea sa subiacente.

14.1.3 Prevenţia violenţei

Deşi pacienţii care suferă de oricare dintr-o varietate largă de tulburări psihiatrice pot deveni violenţi, pacienţii paranoizi le pun psihiatrilor o problemă deosebită. O înţelegere a dinamicii paranoiei poate ajuta la prevenirea agresiunii.

Pentru a preveni escaladarea agresiunii, psihiatrii trebuie să aibă în minte câteva principii de management:

1. *Să faci tot ce e posibil pentru a-l ajuta pe pacient să-şi salveze faţa.* Nucleul paranoiei este autostima joasă, astfel încât psihiatrii trebuie să empatizeze cu experienţa pacientului şi să nu contrazică adevărul cu privire la ceea ce spune pacientul. Ca în orice fel de tratament cu un pacient paranoid, prima sarcină este construirea unei alianţe terapeutice. Într-un studiu pe 328 de pacienţi internaţi în unităţi spitaliceşti (Beauford et al., 1997), pacienţii care aveau o alianţă terapeutică mai slabă în momentul internării au avut o probabilitate semnificativ mai mare de a prezenta un comportament violent în timpul spitalizării. Într-o clinică ambulatorie aglomerată, un rezident care a văzut un pacient paranoid pentru prima dată a suspectat că nu spunea adevărul despre situaţia sa locativă. I-a spus pacientului că avea de gând să-i verifice declaraţia sunând la apartamentul protejat unde pacientul a spus că trăia. Când rezidentul căuta cartea de telefon în sertarul de la biroul lui, pacientul l-a lovit în faţă cu pumnul. Acest accident nefericit conduce direct la alt principiu major de prevenire a violenţei.

2. *Evitarea provocării unor suspiciuni noi.* Din cauza neîncrederii de bază a acestor pacienţi, toate intervenţiile trebuie orientate către evitarea oricărei creşteri a paranoiei lor. Fiecare mişcare trebuie explicată încet şi atent. Chiar şi mişcările trebuie făcute încet şi la vedere. Poţi spune, de exemplu: „Acum mă voi duce la biroul meu

şi voi lua un formular de programare astfel încât să ştiţi când va fi următoarea noastră întâlnire”. Trebuie, de asemenea, să eviţi să fii prietenos în mod deschis cu aceşti pacienţi, deoarece un astfel de comportament este în contrast flagrant cu experienţa lor obişnuită şi doar le va provoca suspiciuni.

3. *Să-l ajuţi pe pacient să menţină un simţ al controlului.* Controlul este de o importanţă extraordinară pentru pacienţii paranoizi, care sunt predispuşi să se teamă de pierderea controlului la fel de mult ca şi terapeutul. Terapeutul trebuie să evite cu orice preţ panica. Un terapeut care arată teamă că pacientul îşi va pierde controlul doar va creşte frica proprie a pacientului de a-şi pierde controlul. O mare parte din anxietatea existentă la indivizii paranoizi se naşte dintr-o teamă că alţii vor încerca să deţină controlul; de aceea, orice poate face terapeutul spre a indica respect pentru autonomia acestor pacienţi va ajuta la reducerea anxietăţii lor în legătură cu predarea pasiva. Intervenţiile trebuie să recunoască dreptul lor de a privi situaţia aşa cum o văd ei. De exemplu, terapeutul poate să-i spună unui asemenea pacient: „Cred că sentimentele dumneavoastră în legătură cu această situaţie simt legitime, dat fiind prin ce-aţi trecut, şi respect dreptul dumneavoastră de a vă simţi în acel fel”.

4. *Întotdeauna să-l încurajezi pe pacient să verbalizeze mai degrabă decât să pună violent în act mânia.* Trebuie să reuşeşti să-l faci pe pacient să-şi discute mânia în cât mai multe detalii posibile. Încurajează-l să ia în considerare consecinţele logice ale comportamentului violent. Dacă este posibil, adu-i alternative constructive la violenţă, astfel încât pacientul să poată începe să vadă că există şi alte opţiuni. Sprijinirea mâniei ca o reacţie legitimă nu înseamnă legitimarea acţiunii agresive. Terapeutul care se simte imediat ameninţat poate încerca

să traducă această ameninţare în cuvinte. Când un rezident de psihiatrie a simţit că un pacient nou era pe punctul de a erupe violent, el a spus: „Mă întreb dacă te simţi ca şi cum ai vrea să mă loveşti chiar acum”. Pacientul a dat din cap că da. Rezidentul i-a replicat atunci: „Poate că dacă mergem să ne plimbăm şi îmi povesteşti despre sentimentele pe care le ai, vei fi în stare să eviţi să acţionezi pe baza acelor sentimente”. Această abordare calmă, la obiect l-a ajutat pe pacient să se simtă mai în control, şi pacientul i-a mulţumit de fapt rezidentului pentru ajutor, j. *Să-i dai întotdeauna pacientului mult spaţiu pentru a putea respira.* Frica pacientului paranoid de predare pasivă în faţa altora este exagerată de proximitatea fizică. Trebuie evitată o aranjare a scaunelor care să-l facă pe pacient să se simtă prins în birou. S-a arătat că indivizii violenţi au nevoie de o distanţă mai mare faţă de alţii pentru a se simţi în siguranţă (Kinzel, 1971). Evită să stai prea aproape, precum şi să-i atingi, chiar în felul cel mai benign. O femeie paranoidă a început să poarte o armă la şedinţele ei de terapie după ce terapeutul său a persistat îmbrăţişând-o la sfârşitul fiecărei şedinţe.*). Să fii atent la propriul contratransfer când consulţi un pacient cu potenţial violent* (Felthous, 1984). Negarea contratransferenţială este obişnuită atât la membrii echipei spitaliceşti, cât şi la terapeuţii care lucrează cu indivizi paranoizi. Ei pot să evite să pună întrebări importante din anamneză de frica confirmării celor mai rele temeri în legătură cu potenţialul violent al pacienţilor lor. Cei care tratează trebuie să-şi recunoască propriile frici şi apoi trebuie să evite situaţiile de pericol cu pacienţi care au fost agresivi în trecut. Negarea poate fi mai accentuată cu pacientele din cauza stereotipiilor legate de sex care susţin că este probabil ca bărbaţii să fie mai agresivi decât femeile. De fapt, patternurile de violenţă ale pacienţilor bărbaţi şi femei în spital simt similare, şi

probabilitatea de a fi atacat o altă persoană în luna dinaintea internării este la fel de mare pentru femei ca şi pentru bărbaţi (Tardiff et al., 1997). Terapeuţii pot să folosească şi proiecţia de contratransfer pentru a nu-şi recunoaşte propria lor agresivitate şi a o externaliza în pacienţii lor. Identificarea proiectivă poate să-i provoace pe pacienţi la violenţă când terapeuţii văd distructivitate şi agresivitate doar la pacienţi şi nu şi în ei înşişi. Un studiu pe psihiatrii care au fost agresaţi de pacienţi (Madden et al., 1976) a găsit că 53 dintre psihiatri au fost într-un fel provocatori faţă de pacient înainte de a fi agresaţi.

4.2 Tulburările de personalitate schizoidă şi schizotipală

Pe lângă tulburarea de personalitate paranoidă, Grupa A pe Axa II lin DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2000) subsumează ulburările de personalitate schizoidă şi schizotipală. Deşi sunt entităţi listincte, ele simt tratate împreună aici deoarece înţelegerea psihodinamică, precum şi abordările terapeutice ale acestor tulburări au multe în comun.

Decizia de a separa tulburările de personalitate schizoidă şi schizotipală se baza în mare parte pe cantitatea crescândă de literatură care sugerează că tulburarea de personalitate schizotipală este legată genetic de schizofrenie, pe când tulburarea de personalitate schizoidă nu este (Kendler et al., 1981, 1995; Kety et al; 1971; Rosenthal et al., 1971). Aceste studii sugerează că tulburarea de personalitate schizotipală este o versiune mută a schizofreniei, caracterizată prin testarea realităţii mai mult sau mai puţin intactă, dificultăţi în relaţii şi tulburări uşoare de gândire. Mai mult, urmărirea pe termen lung a pacienţilor cu tulburare de personalitate schizotipală sugerează că evoluţiile lor sunt similare cu cele ale pacienţilor cu schizofrenie (Meglashan, 1983). Un

studiu a demonstrat că riscul pentru tulburări corelate cu schizofrenia la rudele de gradul întâi ale pacienţilor cu tulburări de personalitate schizotipală şi paranoidă este semnificativ mai mare decât la rudele de gradul întâi ale pacienţilor cu alte tulbura Ari de personalitate (Steve* et al., 1990). Au fost demonstrate legături în ambele sensuri între schizotipie şi schizofrenie în ariile deficitelor de atenţie şi ale mişcărilor oculare (O'Driscoll et al., 1998; Roitman et al., 1997). Cercetări mai recente au observat că dificultăţile legate de disfuncţia semantică la femei cu tulburare de personalitate schizotipală seamănă cu cele din schizofrenie (Niznikiewicz et al., 2002). Alte studii au demonstrat similarităţi în reducerea volumului în pulvinar la studiile de rezonanţă magnetică nucleară (Byne et al., 2001) şi deficite inhibitorii similare (Cadenhead et al., 2002). În sfârşit, antipsihoticele atipice în doze mici pot fi eficiente în reducerea severităţii simptomelor în tulburarea de personalitate schizotipală (Koenigsberg et al., 2003).

Aşa cum a evidenţiat Gunderson (1983), persoanele cu tulburare de personalitate schizotipală se aseamănă în mare parte cu cele cu tulburare de personalitate schizoidă, cu excepţia că definiţia tulburării de personalitate schizotipală include câteva simptome sugestive pentru o formă atenuată de schizofrenie. La momentul actual, tulburările de personalitate schizoidă şi schizotipală formează un continuum, astfel încât este oarecum arbitrar să tragem o linie de delimitare între cele două entităţi. O examinare a criteriilor DSM-IV-TR pentru tulburarea de personalitate schizoidă (Tabel 14 – 2) şi pentru tulburarea de personalitate schizotipală (Tabel 14 – 3) arată că ambele tulburări implică o cantitate bună de detaşare socială şi constricţie afectivă.

Pacienţii schizotipali înşişi formează un continuum, de la cei de la un capăt care seamănă mult cu pacienţii schizoizi (cu excepţia câtorva bizarerii în plus de

comportament şi de comunicare) la cei mai apropiaţi de schizofrenie care sunt predispuşi la episoade psihotice scurte. Discuţia care urmează despre înţelegerea psihodinamică a

Tabel 14 – 2. Criteriile DSM-IV-TR pentru tulburarea de personalitate schizoidă

A Un pattern pervaziv de detaşare de relaţiile sociale şi o gamă restrânsă de

expresie a emoţiilor în situaţii interpersonale, începând cu vârsta adultă tânără şi prezente într-o varietate de contexte, aşa cum o indică patru (sau mai multe) din următoarele:

(1) nici nu doreşte şi nici nu se bucură de relaţii apropiate, inclusiv a fi parte a unei familii

(2)

(3) alege aproape întotdeauna activităţi solitare

(4)

(5) manifestă puţin interes sau nu manifestă deloc în a întreţine relaţii sexuale cu altă persoană

(6)

(7) găseşte plăcere în puţine activităţi sau nu găseşte deloc

(8)

(9) nu are prieteni apropiaţi sau confidenţi alţii decât rudele de gradul întâi

(10)

(11) pare indiferent la lauda sau la critica altora

(12)

(13) arată răceală emoţională, detaşare sau afectivitate aplatizată

(14)

B, Nu apare în mod exclusiv în timpul evoluţiei

schizofreniei, a unei tulburări de dispoziţie cu trăsături psihotice, a unei alte tulburări psihotice sau a unei tulburări de dezvoltare generale şi nu se datorează efectelor fiziologice ale unei afecţiuni medicale generale. Notă: Dacă criteriile sunt îndeplinite înainte de debutul schizofreniei, de adăugat „premorbid”, deci, „tulburare de personalitate schizoidă (premorbids)”. *Sursă,* **Retipărit după Asociaţia Psihiatrică Americană,** *Manual statistic şi diagnostic al tulburărilor mintale (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders,* **ediţia a patra, text revizuit, Arlington, VA, American Psychiatric Association, 2000). Copyright, 2000, American Psychiatric Association. Folosit cu permisiune.**

acestor afecţiuni reflectă faptul că nişte abordări terapeutice similare ajută frecvent.

14.2.1 înţelegere psihodinamică

Pacienţii schizoizi şi schizotipali trăiesc frecvent la marginea societăţii. Ei pot fi ridiculizaţi ca „ciudaţi”, „stranii” sau „neadaptaţi” sau pot fi doar lăsaţi singuri să-şi continue o existenţă solitară şi idiosincratică. Izolarea şi anhedonia lor pot să-i facă pe alţii să le pară rău pentru ei şi să încerce să ajungă la ei. Frecvent însă, persoanele care fac asemenea gesturi renunţă după ce au fost respinse în mod repetat. Membrii de familie pot deveni atât de exasperaţi, încât să o forţeze pe ruda lor schizoidă să înceapă un tratament. Părinţii adolescenţilor sau ai adulţilor tineri pot să-l aducă pe fiul lor sau să o aducă pe fiica lor la psihiatru din grija legată de faptul că copilul lor nu se bucură suficient de viaţă (Stone, 1985). Alţi pacienţi schizoizi sau schizotipali cer tratament psihiatric din

voinţă proprie din cauza singurătăţii dureroase.

Tabel 14 – 3. Criteriile DSM-IV-TR pentru tulburarea de personalitate schizotipală.

A. Un pattern pervaziv de deficite sociale şi interpersonale marcat de un disconfort acut în relaţiile apropiate, precum şi de o capacitate redusă pentru acestea şi de distorsiuni cognitive sau de percepţie şi excentricităţi de comportament, începând cu vârsta adultă tânără şi prezent într-o varietate de contexte, aşa cum este indicat de cinci (sau mai multe) din următoarele:

B.

(1) idei de relaţie (cu excluderea delirului de relaţie)

(2)

(3) credinţe bizare sau gândire magică ce influenţează comportamentul şi nu concordă cu normele subculturale (de ex. Superstiţii, credinţă în clarviziune, telepatie sau al „şaselea simţ"; la copii sau adolescenţi, fantasme sau preocupări bizare)

(4)

(5) experienţe perceptuale insolite, inclusiv iluzii corporale

(6)

(7) gândire şi limbaj bizare (de ex, vag, circumstanţial, metaforic, supraelaborat sau stereotip)

(8)

(9) suspiciozitate sau ideaţie paranoidă

(10)

(11) afect inadecvat sau restrâns

(12)

(13) comportament sau înfăţişare ciudată, excentrică sau bizară

(14)

(15) lipsa unor prieteni apropiaţi sau a confidenţilor alţii decât rudele de gradul întâi

(16)

(17) anxietate socială excesivă care nu scade odată cu familiarizarea şi tinde să fie asociată cu frici paranoide mai degrabă decât cu judecăţi negative despre sine

(18)

C. Nu apare exclusiv în cursul evoluţiei schizofreniei, a unei tulburări de dispoziţie cu trăsături psihotice, a unei alte tulburări psihotice sau a unei tulburări generale de dezvoltare.

D.

Notă: Dacă criteriile sunt îndeplinite înainte de debutul schizofreniei, de adăugat „premorbid", de ex„Tulburare de personalitate schizotipală (premorbidă)". Shj să retipărit după Asociaţia Psihiatrică Americană, *Manual statistic şi diagnostic al tulburărilor mintale (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders,* **ediţia a patra, text revizuit, Arlington, VA, American Psychiatric Association, 2000). Copyright, 2000, American Psychiatric Association. Folosit cu permisiune.**

Lumea internă a pacientului schizoid poate să difere considerabil de aparenţa lui exterioară. Într-adevăr, aceşti oameni sunt frecvent un mănunchi de contradicţii. Akhtar (1987) a grupat aceste contradicţii în manifestări aparente şi manifestări ascunse; „Individul schizoid «aparent» este detaşat, autosuficient, distrat, neinteresant, asexual şi moral la un mod idiosincratic, în timp ce «pe ascuns», este deosebit de sensibil, cu mari nevoi emoţionale, vigilent în mod acut, creativ, frecvent pervers şi vulnerabil la corupţie" (p. 510). Aceste polarităţi nu reflectă trăsături

conştiente şi inconştiente de personalitate. Ele reprezintă mai degrabă un clivaj sau o fragmentare a Sinelui în reprezentări ale Sinelui diferite care rămân neintegrate. Dintr-o perspectivă psihodinamică, desemnarea „schizoid" reflectă acest clivaj fundamental al Sinelui. Rezultatul este o identitate difuză – pacienţii schizoizi nu sunt siguri cine sunt ei şi se simt conduşi de gânduri, sentimente, dorinţe şi nevoi extrem de conflictuale. Această difuzie a identităţii face ca relaţiile cu ceilalţi să fie problematice. Într-adevăr, poate că trăsătura cea mai pregnantă a pacienţilor schizoizi sau schizotipali este aparenta lor lipsă de relaţii cu alţii.

Munca psihanalitică cu aceşti pacienţi sugerează că ei au în mod clar sentimente şi dorinţe faţă de alţii, dar că sunt îngheţaţi în dezvoltare într-un stadiu timpuriu de relaţionare (Lawner, 1985). Aceşti pacienţi par a-şi baza decizia de a fi izolaţi pe convingerea că eşecul lor în a obţine ceea ce aveau nevoie de la mama lor înseamnă că ei nu pot face nicio altă încercare de a primi orice altceva de la figuri semnificative ce au urmat după ea (Nachmani, 1984). Pacienţii schizoizi pot fi prinşi între două seturi de anxietăţi: dacă sunt prea apropiaţi, poate să li se facă frică de a fi înghiţiţi şi de fuziunea cu obiectul, dar dacă sunt prea la distanţă, li se face frică de pierdere şi de dezintegrare (Williams et al., 2005).

Mult din înţelegerea noastră despre lumea internă a pacientului schizoid derivă din studiile teoreticienilor britanici ai relaţiilor de obiect. Balint (1979) a văzut aceşti pacienţi ca suferind de un deficit fundamental al abilităţii lor de a se relaţiona – o „greşeală de bază" cauzată de inadecvări semnificative ale îngrijirii materne când erau copii. El credea că dificultatea pacienţilor schizoizi de a se relaţiona cu ceilalţi îşi are originea în această incapacitate de bază mai degrabă, decât în conflict (ca la pacienţii nevrotici). Fairbairn (1954), cel care a contribuit poate cel

mai mult la înţelegerea noastră despre pacienţii schizoizi, a văzut retragerea schizoidă ca pe o apărare împotriva unui conflict între o dorinţă de a se relaţiona cu ceilalţi şi o teamă că nevoia lui le va face rău altora. Copilul care iniţial îşi percepe mama ca rejectantă poate să se retragă din lume. Totuşi nevoia copilului creşte până când este resimţită ca insaţiabilă. Copilului îi este atunci teamă că lăcomia sa o va devora pe mama sa şi îl va lăsa singur. Drept urmare, chiar obiectul de care copilul are mai multă nevoie poate fi distrus de propriile lui eforturi de încorporare. Fairbairn a numit această teamă „Fantasma Scufiţei Roşii”, bazată pe povestea în care fetiţa găseşte, spre oroarea ei, că bunica ei a dispărut, lăsând-o singură cu propria sa lăcomie orală proiectată – sub forma unui lup devorator.

Exact aşa cum Scufiţa Roşie poate să-şi proiecteze lăcomia asupra lupului, copiii pot să-şi proiecteze propria lăcomie asupra mamelor lor, pe care le văd atunci ca devoratoare şi periculoase. Această dilemă infantilă este îngheţată în timp pentru pacienţii schizoizi, cărora mai întâi le este teamă că îi vor devora pe ceilalţi cu nevoia lor şi apoi le este teamă că vor fi devoraţi de aceştia. Această dilemă fundamentală a pacienţilor schizoizi face ca ei să oscileze între frica de a-i îndepărta pe ceilalţi prin nevoia lor şi aceea că ceilalţi îi vor consuma sau sufoca.

Drept rezultat, toate relaţiile sunt resimţite ca periculoase şi trebuie evitate. Deoarece decizia de a nu se relaţiona îl lasă pe individul schizoid singur şi golit, există frecvent un „compromis schizoid” (Guntrip 1968) în care pacientul se agaţă de ceilalţi şi îi respinge simultan.

Pacienţii schizoizi trăiesc sub ameninţarea constantă a abandonului, persecuţiei şi dezintegrării (Appel, 1974). A lua orice înăuntru de la altcineva riscă să declanşeze doruri intense de dependenţa şi fuziune. Iubirea este echivalată cu fuziunea cu altcineva, pierderea identităţii

proprii şi distrugerea celeilalte persoane. Deşi scrierile Şcolii Britanice s-au focalizat pe pacienţii schizoizi, descrierile realizate de Balint, Guntrip şi alţii se aplică la fel de bine şi la pacienţii schizotipali (Stone, 1985).

Retragerea din relaţiile interpersonale caracteristică pacientului schizoid poate servi unei funcţii de dezvoltare importante. Winnicott (1963/1965) a crezut că izolarea pacientului schizoid păstrează o autenticitate importantă care este absolut sacră pentru Sinele în dezvoltare al pacientului: „Există un stadiu intermediar în dezvoltarea sănătoasă în care cea mai importantă experienţă a pacientului în legătură cu obiectul bun sau potenţial satisfăcător este refuzul obiectului" (p. 182). Retragerea schizoidă este o cale de a comunica cu „Şinele adevărat" din interior în loc să sacrifice acea autenticitate unor interacţiuni artificiale cu alţii care ar duce la un „Sine fals". Winnicott a sugerat că noi toţi avem acest nucleu necomunicant şi că trebuie să respectăm dreptul – şi nevoia – individului schizoid de a fi necomunicativ. Perioade de abstinenţă şi de izolare extremă pot să-i ajute pe indivizii schizoizi să intre în contact cu acest Sine sechestrat, astfel încât să poată fi integrat cu alte reprezentări de Sine (Eigen, 1973).

Pacienţii schizoizi care le permit terapeuţilor lor să aibă acces la lumile lor interne vor revela frecvent fantasme de omnipotenţă. Acestea însoţesc de obicei aspectele închise ale Sinelui în care se retrage pacientul. Ca şi alte aspecte ale Sinelui ascuns, ele servesc drept „sanctuar contra expunerii" (Grotstein, 1977) pentru a susţine autostima fragilă şi a scădea anxietatea în legătură cu autodezintegrarea. Ca şi pacienţii paranoizi, pacienţii schizoizi au fantasme omnipotente care cresc în frecvenţă în proporţie inversă cu nivelul lor de autostimă (Nachmani, 1984). Lipsindu-le un Sine intern bun şi reprezentări de obiect care să-i ajute să realizeze eforturi esenţiale către

succesul în relaţii sau în cariere, pacienţii schizoizi folosesc fantasme de omnipotenţă pentru a ocoli asemenea eforturi şi a-şi realiza direct fantasmele grandioase. Pacienţii schizoizi simt frecvent o mare ruşine în legătură cu fantasmele lor şi sunt rezistenţi în a le împărtăşi terapeuţilor lor până ce nu simt siguranţă în relaţie.

14, 2.2 Psihoterapia individuală

Ca şi pacienţii cu tulburare de personalitate paranoidă, pacienţii cu tulburări de personalitate schizotipală şi schizoidă nu apar frecvent la uşa terapeutului. Într-o anchetă naţională pe clinicieni, tulburarea de personalitate schizotipală era peste tot cea mai puţin tratată entitate dintre toate tulburările de pe Axa II (Westen, 1997). În Studiul de la Centrul Psihanalitic Columbia pe 100 de pacienţi aplicanţi pentru psihanaliză (Oldham şi Skodol, 1994), doar unul a fost diagnosticat ca având tulburare de personalitate schizoidă şi niciunul nu a avut diagnosticul de tulburare de personalitate schizotipală. Drept urmare, multe dintre datele acumulate despre psihoterapia şi tratamentul psihoterapeutic al acestor pacienţi sunt de domeniul anecdotei, bazate pe un număr relativ redus de cazuri.

Pacienţii schizoizi şi schizotipali pot fi ajutaţi cu terapia expresiv-suportivă individuală, psihoterapia de grup dinamică sau o combinaţie a celor două. Deoarece gândul cererilor ce apar în interacţiunile unui cadru de grup produce de obicei o cantitate mare de anxietate, majoritatea acestor pacienţi se vor simţi mai confortabil dacă încep cu un proces psihoterapeutic individual. Mult din literatura modernă despre psihoterapia tulburărilor de personalitate schizoidă şi schizotipală sugerează că este probabil ca mecanismul acţiunii terapeutice să fie internalizarea unei relaţii terapeutice mai degrabă decât

interpretarea conflictului (Appel, 1974; Gabbard, 1989; Nachmani, 1984; Stone, 1983; Winnicott, 1963/1965).

Sarcina terapeutului este de a „dezgheţa" relaţiile de obiect interne îngheţate ale pacientului prin procurarea unei noi experienţe de relaţionare. Stilul schizoid de relaţionare apare din inadecvările din relaţiile cele mai timpurii ale pacientului cu figurile parentale – pe care Epstein (1979) le-a numit *eşecul primar de maturizare.* În tot timpul vieţii, pacientul a provocat reacţii similare la cei din mediul său, determinând *eşecuri de maturizare secundare.* Cu alte cuvinte, pacientul schizoid poate să treacă prin viaţă la distanţă de toată lumea. Terapeuţii trebuie să afle cum să se relaţioneze cu pacientul într-un fel care să corecteze maturizarea. Terapeuţii nu trebuie, să-şi permită să fie îndepărtaţi sau înstrăinaţi ca oricine altcineva din viaţa pacientului.

A spune că scopul terapiei este de a procura o relaţie nouă pentru a fi internalizata este decepţionant de direct şi de simplu. Totuşi această strategie prezintă obstacole formidabile. Mai întâi, modul fundamental de existenţă al pacientului este nonrelaţionarea. Terapeutul îi cere unei persoane care nu se relaţionează să se mişte în direcţia unei mai mari relaţionări. Aşa cum era de aşteptat, eforturile terapeutului pentru a procura un model nou de relaţionare vor fi întâmpinate cu distanţă emoţională şi o cantitate bună de tăcere.

Terapeuţii care încearcă să trateze pacienţi schizoizi retraşi trebuie să aibă o răbdare extraordinară din cauza procesului de internalizare dureros şi încet. Ei trebuie să adopte o atitudine permisivă, de acceptare a tăcerii. În mod specific, tăcerea trebuie văzută ca fiind mai mult decât simplă rezistenţă – este şi o formă specifică de comunicare nonverbală care poate furniza informaţii esenţiale despre pacient.

Reacţiile emoţionale ale terapeutului faţă de pacient,

deşi subtile, pot fi o sursă primară de informaţii despre pacient. Când tăcerea se prelungeşte, terapeuţii trebuie să fie preocupaţi de inversarea rolurilor şi de proiecţia propriului Sine şi a reprezentărilor lor de obiect asupra pacientului. Această stare de lucruri este frumos descrisă în filmul mişcător al lui Ingmar Bergman, *Persona,* în care o pacientă mută este tratată de o asistentă. După multe încercări fără succes de a o face pe pacientă să vorbească, asistenta devine frustrată şi începe să proiecteze aspecte ale ei asupra pacientei. Înnebunită, asistenta începe să trateze pacienta ca pe o întruchipare a propriei ei lumi interne (Gabbard, 1989).

Acest model de terapie cere ca terapeuţii să primească proiecţiile pacienţilor lor şi să le monitorizeze pe ale lor fără să fie atraşi către acting out în ceea ce priveşte contratransferul. Când terapeuţii simt că trebuie să abandoneze sau să renunţe la un pacient, ei trebuie să ia în considerare aceste sentimente ca pe oricare altele din acest proces şi să încerce să le înţeleagă. Aşa cum am menţionat în Capitolul 4 în discuţia despre psihoterapie, identificările proiective pot fi diagnosticate şi înţelese doar după ce terapeutul a fost „obligat" să joace un rol specific faţă de pacient. Terapeuţii trebuie să observe în tăcere interacţiunile care apar între ei şi pacienţii lor şi apoi să folosească acea informaţie pentru a influenţa interacţiunile următoare. Ogden (1982) a rezumat sarcina terapeutului în asemenea situaţii:

Perspectiva identificării proiective nu necesită, nici nu exclude folosirea interpretării verbale; terapeutul încearcă să găsească o cale de a vorbi şi de a fi cu pacientul care va constitui un mijloc prin care terapeutul poate să accepte aspecte neintegrabile ale lumii obiectale interne a pacientului şi apoi să le întoarcă pacientului într-o

formă pe care pacientul poate să o accepte şi din care să înveţe (p. 42).

Într-adevăr, o decizie de a nu interpreta poate fi strategia cu cea mai mare putere terapeutică cu pacienţii schizoizi şi schizotipali, Dacă tăcerea este interpretată ca rezistenţă, aceşti pacienţi pot să se simtă responsabili şi umiliţi din cauza incapacităţii lor de a comunica (Nachmani, 1984). Pe de altă parte, prin abţinerea de la interpretare şi acceptarea tăcerii, terapeuţii pot legitima nucleul privat, noncomunicativ al Sinelui la care se referă Winnicott (1963/1965). Cu unii pacienţi, terapeutul trebuie să respecte Sinele tăcut. Poate fi unica abordare tehnică viabilă pentru a construi o alianţă terapeutică (Gabbard, 1989).

Terapeuţii valorizează mult relaţionarea interpersonală. Vrem să însemnăm ceva pentru pacienţii noştri. Acceptarea nonrelaţionării tăcute merge împotriva formării şi a predispoziţiei noastre psihologice. Tendinţa noastră naturală este de a însărcina pacienţii noştri cu expectaţia că ei ar trebui să fie diferiţi de ceea ce sunt. Mai specific, vrem ca pacidnţii noştri să ne vorbească şi să se relaţioneze cu noi. Totuşi, acea aşteptare înseamnă că trebuie să le cerem pacienţilor să se confrunte chiar cu durerea pe care ei o evită prin retragerea schizoidă. Expectaţii mai mari din partea terapeuţilor îl vor duce în mod paradoxal la o detaşare şi mai mare, aşa cum a observat Searles (1986):

Conceptul lui Winnicott (1941/1958) despre... mediul conţinător (mediul de holding) suficient de bun implică faptul că analistul poate nu doar să fie relativ stabil acolo, pentru pacient, ci şi relativ destructibil (psihologic) de către pacient, iar şi iar, aşa cum cer nevoile persistente ale pacientului de

funcţionare autistica (omnipotentă). Ca urmare, analistul are intuitiv nevoie să-i procure pacientului propria absenţă, poate la fel de des ca şi propria prezenţă, la timpul potrivit (p. 351).

Unii pacienţi vor răspunde la această acceptare tolerantă, empatică, cu o mai mare deschidere în relaţia terapeutică. Aceşti pacienţi pot începe să vorbească despre aspecte ascunse ale Sinelui, eventual să le integreze într-un simţ al Sinelui mai coerent. La începutul unui proces terapeutic, este greu să ştim care pacienţi vor beneficia în mod probabil de el. Stone (1983), scriind despre pacienţii schizotipali (schizofrenici borderline), a sugerat că cei care fac puţin mai bine în psihoterapie au unele simptome depresive sau o anumită capacitate pentru căldură emoţională şi empatie. El a avertizat terapeuţii să fie îngrijoraţi de expectaţiile de contratransfer excesive, deoarece se poate aştepta doar un progres limitat. A recomandat, de asemenea, ca terapeuţii să se resemneze la faptul că s-ar putea ca multe subiecte supărătoare să trebuiască să rămână ascunse perioade lungi de timp în terapie (Stone, 2001). Prea multă nerăbdare pentru a explora poate să-l sperie sau să-l ruşineze pe pacient, în viziunea lui Stone, terapeuţii trebuie să fie în stare să tolereze posibilitatea dezamăgitoare ca pacienţii lor să progreseze doar în alte domenii decât relaţionarea. În general, acei pacienţi cu funcţionarea Eului mai bună (de exemplu, testarea realităţii mai intactă, judecată mai buna, deviere cognitivă mai redusă) vor evolua mai bine în terapie decât acei pacienţi cu funcţionarea Eului mai profund tulburată. Cu pacienţii din al doilea grup, terapeuţii pot avea nevoie să funcţioneze ca un Eu auxiliar, să-i ajute pe pacienţi într-un fel suportiv cu diferite sarcini, cum ar fi testarea realităţii, judecata şi diferenţierea Sine-obiect. Stone (2001) a evidenţiat de asemenea că, precum

pacienţii schizofrenici (vezi Capitolul 7), pacienţii schizotipali au nevoie mai mult decât de psihoterapie expresiv-suportivă. Pacienţii schizotipali cu funcţionare scăzută au nevoie şi de formarea de abilităţi sociale, reeducare şi sprijin social variat.

14.2.3 Psihoterapia dinamică de grup

În general, pacienţii schizoizi sunt candidaţi principali pentru psihoterapia dinamică de grup (Appel, 1974; Azima, 1983). Terapia de grup este orientată să-i ajute pe pacienţi în domeniul socializării, care este exact locul în care pacienţii schizoizi suferă cel mai mult. Este, de asemenea un cadru în care se poate desfăşura, în bună parte, o activitate parentală nouă. Pentru mulţi pacienţi schizoizi, colegii lor dintr-un proces de grup pot funcţiona ca o familie reconstruită, fiind eventual internalizaţi de aceşti pacienţi pentru a contrabalansa obiectele lor interne mai negative şi înfricoşătoare (Appel, 1974).

Asemenea pacienţi pot avea un beneficiu considerabil pur şi simplu prin a fi expuşi regulat la contactul cu ceilalţi. Unii pacienţi schizoizi nu au practic nicio altă deschidere socială în afara şedinţelor de terapie de grup. Pe măsură ce ei încep să se simtă acceptaţi şi realizează că fricile lor cele mai rele nu se împlinesc, încep să se simtă treptat mai confortabil cu oamenii. Într-o manieră similară cu procesul individual de terapie descris mai devreme, reacţiile altor membri din grup pot procura o experienţă corectivă care merge împotriva tuturor experienţelor anterioare de relaţie. Printre dificultăţile care apar în psihoterapia de grup a pacienţilor schizoizi se numără resentimentul din partea altor pacienţi care trebuie să-şi „pună sufletul pe masă” în timp ce pacientul schizoid rămâne tăcut. Aceste sentimente pot duce la un fel de „uniune de gaşcă” pentru a-l forţa pe pacientul schizoid să

vorbească. În asemenea momente, terapeutul trebuie să-l sprijine pe membrul schizoid din grup şi să-i ajute pe ceilalţi pacienţi să accepte nevoia acelui pacient de a fi tăcut (Azima, 1983). Ceilalţi pacienţi pot, de asemenea, doar să ignore un pacient schizoid retras şi să continue ca şi cum el nu ar fi acolo. În aceste cazuri, sarcina terapeutului este de a-l aduce pe pacient în grup prin evidenţierea felului în care un pattern care are loc în afara grupului se repetă în interiorul grupului. Pacienţii schizotipali tind să beneficieze de terapia de grup la fel de mult ca şi pacienţii schizoizi, dar cei al căror comportament este bizar sau a căror gândire este psihotică pot deveni ţapi ispăşitori deoarece sunt pur şi simplu prea diferiţi de ceilalţi membri ai grupului. Cu asemenea pacienţi, terapia individuală singură poate fi modalitatea preferabilă.

O combinaţie de psihoterapie de grup şi individuală este ideală pentru mulţi pacienţi schizoizi, deoarece mediul social pe care ei îl întâlnesc în grup poate fi discutat şi prelucrat cu psihoterapeutul lor individual. Un număr semnificativ de pacienţi schizoizi vor simţi totuşi că a primi o recomandare pentru terapia de grup este ca şi cum „ar fi aruncat la lei”. Ei pot chiar să se simtă trădaţi când terapeutul lor face această sugestie. O treaptă preliminară trimiterii la terapia de grup este frecvent perlaborarea fantasmelor acestor pacienţi despre ceea ce se va întâmpla în terapia de grup.

Exemplul de caz următor ilustrează câteva dintre avantajele unice ale psihoterapiei de grup pentru unii pacienţi schizoizi.

DI BB era un celibatar de 23 de ani cu tulburare de personalitate schizoidă. El lucra ca ajutor de asistent medical în tura de noapte într-un cămin de bătrâni şi urma cursuri de zi la o universitate locală.

Îi plăcea să lucreze de noapte deoarece atunci se confrunta cu foarte puţine cereri interpersonale. Supraveghetorul lui dormea frecvent, aşa că el era liber să citească romane. Când nu dormea, dl BB îşi petrecea multe ore făcând exerciţii de bodybuilding. Poza frecvent gol în faţa oglinzii şi îşi contracta muşchii şi se admira pe sine. O mare parte din poza şi din contractarea muşchilor era însoţită de fantasme omnipotente de a deveni un câştigător al decatlonului olimpic. El îşi imagina şi că dacă ar ajunge la un anumit nivel de perfecţiune a corpului, ar deveni atrăgător pentru o fată de la unul dintre cursurile sale de la colegiu, cu care nu îndrăznise să vorbească.

DI BB era profund preocupat de faptul că fusese adoptat. Vorbea despre aceasta cu mare ruşine, ca şi cum ar fi fost convins că reflecta un defect inerent. În viziunea sa, respingerea timpurie de către mama sa biologică era un semn că era atât de inerent indezirabil, încât ceilalţi l-ar respinge şi ei în mod sigur dacă ar avea ocazia. Precum mulţi pacienţi schizoizi, dl BB avea o trăsătură perversă care lua forma exhibiţionismului. El se plasa în situaţii în care femeile ar putea să-l întâlnească gol. Se purta atunci ca şi cum ar fi fost surprins şi părăsea imediat scena pentru a evita urmărirea penală. Totuşi plăcerea sexuală pe care o obţinea din această activitate l-a condus către aventuri din ce în ce mai riscante. Odată, a inversat indicatoarele pentru femei şi pentru bărbaţi de pe uşile vestiarelor într-o sală de gimnastică astfel încât femeile să intre în vestiarul bărbaţilor şi să-l găsească stând gol în timp ce se usca după duş.

DI BB a venit în cele din urmă la o clinică în ambulatoriu unde a cerut să intre într-o psihoterapie de grup. Era preocupat că exhibiţionismul său îi scăpa din mână şi ar fi putut să ducă la consecinţe juridice, şi era tulburat în mod autentic din cauza singurătăţii existenţei sale. Îşi dorea psihoterapie de grup deoarece încercase anterior psihoterapia individuală timp de 2 ani. A povestit că rămăsese practic tăcut în tot timpul terapiei. În final, el şi terapeutul deciseseră împreună că nu avea rost să continue. DI BB a povestit, de asemenea, că avea o dorinţă puternică să-şi înfrângă teama de alţi oameni şi credea că terapia de grup ar putea fi o cale bună pentru a face faţă acelei frici.

DI BB a început o psihoterapie dinamică de grup cu un grup de alţi pacienţi cu funcţionare rezonabil de înaltă şi cu tulburări variate de personalitate. El a participat regulat la şedinţe, dar a stat tăcut în timpul multora dintre discuţiile grupului. Treptat, a fost în stare să povestească din ce în ce mai mult despre el însuşi. Ceva ca o descoperire a avut loc când şi-a adunat suficient curaj încât să vorbească despre colega care era obiectul fantasmelor sale. O pacientă din grup a răspuns întrebându-l: „De ce nu o inviţi să iasă cu tine? Eşti un bărbat atrăgător”. Mişcat de acest argument, dl BB a replicat că nimeni nu-i spusese aceasta înainte.

Suportul şi feedbackul pozitiv pe care pacientul Le-a primit de la alţi membri din grup i-au crescut autostima şi i-au permis să vorbească mai frecvent şi mai deschis. Când a fost în stare în sfârşit să-şi discute exhibiţionismul, el s-a simţit foarte uşurat că

nimeni nu s-a retras cu oroare la auzul mărturisirii sale.

După câţiva ani de terapie de grup, anxietăţile domnului BB în legătură cu relaţiile, precum şi părerea lui despre sine se ameliorară atât de mult, încât a fost în stare să se întâlnească cu femei şi să dezvolte relaţii colegiale adecvate cu bărbaţii. Episoadele de exhibiţionism au scăzut în mod gradat, deşi ele tindeau să reapară ori de câte ori grupul lua vacanţă şi dl BB se simţea abandonat de terapeut şi de colegii pacienţi.

Cazul domnului BB ilustrează cum absenţa pe faţă a relaţiilor de obiect în tulburarea de personalitate schizoidă poate fi însoţită de fantasme intense de relaţionare şi de activităţi sexuale ascunse de natură perversă. Lungi perioade de exerciţii fizice sunt, de asemenea, destul de obişnuite la indivizii schizoizi şi schizotipali. Activitatea fizică de acest fel poate servi pentru a elimina energia sexuală sau poate fi, ca în cazul domnului BB, o cale de a-şi construi autostima, fantasmând că ceilalţi îl vor găsi mai atrăgător ca urmare a unor asemenea eforturi.

Deşi un număr de perversiuni pot fi găsite frecvent la indivizii schizoizi, exhibiţionismul pare a avea o semnificaţie particulară pentru aceşti pacienţi. Fairbairn (1954) a observat că indivizii schizoizi îşi supraevaluează frecvent conţinuturile mintale, percepându-le ca extraordinar de preţioase. Le este frică să dea ceva din ei deoarece, în acest fel, şi-ar sărăci conţinuturile valorizate narcisic. Fairbairn a observat că pacienţii schizoizi folosesc frecvent exhibiţionismul ca o apărare împotriva fricii de a dărui. Pentru a fi mai exact, „a arăta” devine un substitut pentru „a da”, deoarece „a da” poartă frica de a pierde ceva preţios, pe când „a arăta” nu. Deşi exhibiţionismul

era deschis în cazul domnului BB, el apare frecvent sub forme sublimate, cum ar fi implicarea în artele teatrale.

Psihoterapia de grup i-a adus domnului BB o nouă serie de relaţii pe care să le internalizeze. Relaţionarea cu colegii săi pacienţi (şi cu terapeutul) nu a confirmat expectaţiile sale în ceea ce priveşte felul în care ar răspunde ceilalţi la contactul cu el. În loc să se simtă alienaţi de el, membrii din grup l-au acceptat aşa cum era şi au confirmat dezirabilitatea sa ca persoană. Astfel, validarea din partea altor pacienţi din terapia de grup poate avea un impact mai puternic asupra unui pacient schizoid decât validarea similară din partea unui terapeut individual. Pacientul schizoid poate să desconsidere privirea pozitivă a terapeutului ca o atitudine mimată pentru efectul terapeutic; terapeutul „doar îşi face treaba".

Mulţi pacienţi schizoizi şi schizotipali au o boală mult mai refractară la tratament decât a avut dl BB. Aşa cum a sugerat Stone (2001), terapeuţii trebuie să respecte nevoia pacientului lor de a fi diferit şi nu trebuie să se simtă obligaţi să transforme un pacient în altcineva. În tratarea pacienţilor schizoizi şi schizotipali, ar fi o recomandare bună să ne amintim înţelepciunea lui Thoreau: „Dacă un bărbat nu ţine pasul cu tovarăşii săi, poate este pentru că aude un alt toboşar. Să-l lăsăm să ţină pasul cu muzica pe care o aude, indiferent ce măsură are sau de cât de departe vine" (Thoreau, 1854/1950, p. 290).**15. Grupa B**

Tulburări de personalitate

Borderline

Consideraţiile noastre asupra Grupei B de tulburări de personalitate încep cu pacientul borderline, deoarece tulburarea de personalitate borderline (TPB) serveşte drept punct de referinţă pentru toată grupa. Tulburările de

personalitate narcisică, antisocială şi histrionică se definesc frecvent prin cum diferă ele de TPB. Mai mult, când este folosit termenul de *borderline* în sensul larg al unui spectru (Meissner, 1988) sau al unei organizări a personalităţii (Kemberg, 1967), toate tulburările de personalitate din Grupa B, împreună cu cele din Grupa A, pot fi subsumate în categoria generală a tulburărilor borderline. Din păcate, popularitatea crescândă a diagnosticului de borderline în ultimele două decenii a făcut din el un fel de „coş de gunoi" – folosit atât în exces, cât şi prost. Pacienţii care creează confuzie din punct de vedere diagnostic pot primi eticheta *borderline* automat. O anchetă istorică scurtă asupra termenului borderline în psihiatria americană poate să arunce lumină asupra locului TPB în nomenclatura actuală.

15.1 Evoluţia termenului

În a doua jumătate a ariilor '30 şi în cursul anilor '40, clinicienii au început să-i descrie pe unii pacienţi care nu erau suficient de bolnavi pentru a fi etichetaţi drept schizofreni, dar care erau mult prea tulburaţi pentru tratamentul psihanalitic clasic. Într-un efort de a capta starea „între", tipică pentru aceşti pacienţi, Hoch şi Polafin (1949) s-au referit la acest grup ca având schizofrenie pseudonevrotică, ce se caracteriza printr-un model simptomatic de „pannevroză", „pananxietate" şi „pansexualitate", Robert Knight (1953) a caracterizat mai departe acest grup prost definit prin focalizarea pe câteva deficienţe în funcţionarea Eului, inclusiv inabilitatea de a planifica în mod realist, incapacitatea de a se apăra împotriva impulsurilor primitive şi predominanţa procesului de gândire primar asupra celui de gândire secundar.

Aceşti contribuitori timpurii observau vin sindrom

„dezordonat” care nu se încadra bine în rubricile de diagnostic preexistente. Grinker et al. (1968) au adus o anumită rigoare diagnostică sindromului în prima jumătate a anilor ’60 cu analiza lor statistică a aproximativ 60 de astfel de pacienţi care erau spitalizaţi la Chicago. O analiză de grup a datelor despre aceşti pacienţi a sugerat că există patru subgrupe de pacienţi borderline. Aceşti pacienţi au apărut ca ocupând un continuum de la „capătul psihotic” (tipul I) către „capătul nevrotic” (tipul IV). Între cele două extreme, se poate găsi un grup cu afecte negative predominante şi cu dificultăţi în a menţine relaţii interpersonale stabile (tipul II) şi un alt grup (tipul III) caracterizat printr-o lipsă generală a identităţii, care are drept rezultat nevoia de a împrumuta identitate de la alţii.

Grinker et al. (1968) au încercat, de asemenea, să identifice numitori comuni în sindromul borderline care erau prezenţi indiferent de subtip. Ei au găsit următoarele patru trăsături-cheie: 1) mânia ca afect principal sau unic, 2) defecte în relaţiile interpersonale, 3) absenţa unei identităţi consistente a Sinelui şi 4) depresie generală. Una dintre contribuţiile cele mai semnificative ale acestui studiu empiric a fost descoperirea că sindromul borderline era clar distinct de schizofrenie. Grinker şi colegii au găsit că aceşti pacienţi nu se deteriorau către schizofrenia francă în timp. Sunt mai degrabă instabili în mod stabil (Schmideberg, 1959) pe tot parcursul bolii lor. Această descoperire a ajutat la respingerea credinţei unor sceptici conform căreia pacienţii borderline erau, de fapt, schizofreni.

În 1990, Gunderson şi colegii săi (Zanarini et al., 1990) au fost capabili să identifice trăsături discriminatorii clare bazate pe cercetarea focalizată pe caracteristici descriptive ale sindromului borderline (Tabel 15 – 1).

Multe dintre aceste criterii sunt legate între ele. Pacienţii borderline se consumă cu stabilirea de relaţii

exclusive unu la unu fără niciun fel de risc de abandon. Ei pot cere astfel de relaţii cu un aer de îndreptăţire care-i copleşeşte şi-i îndepărtează pe ceilalţi. Mai mult, când chiar devin

Tabel 15 – 1. Caracteristici discriminatorii ale tulburării de personalitate borderline.

Gândire cvasipsihotică	**Cerinţe mari/sentiment de a fi îndreptăţi**
Automutilare	**Regresie în tratament**
Eforturi suicidare manipulative	**Dificultăţi contratransferenţiale**
Preocupări despre abandon/înghiţire/ anihilare	

Sursă. **Bazat pe Zanarini et al. 1990.**

apropiaţi cu altă persoană, se activează un set de anxietăţi. Pe de-o parte, ei încep să se îngrijoreze că vor fi înghiţiţi de cealaltă persoană şi-şi vor pierde propria identitate în această fantasmă primitivă de fuziune. Pe de altă parte, ei simt anxietatea balansând către panică în legătură cu convingerea că sunt pe punctul de a fi respinşi

şi abandonaţi în orice moment. Cu scopul de a nu rămâne singuri, pacienţii borderline pot recurge la venesecţie sau alte gesturi suicidare, sperând să obţină ajutorul persoanei de care sunt ataşaţi. În contextul relaţiilor interpersonale, pot să apară şi distorsiuni cognitive, cum ar fi gândire cvasipsihotică (definită prin prezenţa unor dificultăţi tranzitorii, circumscrise şi/sau atipice în testarea realităţii). Percepţiile aproape delirante de abandon de către cei iubiţi sunt frecvente, şi regresiile de transfer psihotice pot apărea când pacienţii devin ataşaţi de terapeuţii lor. Clinicienii care sunt martori ai acestei puneri în scenă caleidoscopice a unor stări schimbătoare ale Eului sunt înclinaţi către o varietate de reacţii intense contratransferenţiale, cuprinzând fantasme de salvare, sentimente de vinovăţie, transgresări ale limitelor profesionale, furie şi ură, anxietate şi teroare şi sentimente profunde de neputinţă (Gabbard, 1993; Gabbard şi Wilkinson, 1994).

Pe când Gunderson şi Grinker et al. S-au focalizat mai întâi pe criteriile descriptive de diagnostic, Otto Kemberg (1967, 1975) a căutat să caracterizeze pacienţii borderline dintr-o perspectivă psihanalitică. Folosind o abordare combinată între psihologia Eului şi teoria relaţiilor de obiect, el a utilizat termenul *organizare a personalităţii de tip borderline* pentru a delimita un grup de pacienţi care prezentau patternuri caracteristice de slăbiciune a Eului, mecanisme de apărare primitive şi relaţii de obiect problematice. El a observat o varietate de simptome la aceşti pacienţi, cuprinzând anxietate liber-flotantă, simptome obsesiv-compulsive, fobii multiple, reacţii disociative, preocupări hipocondriace, simptome de conversie, tendinţe paranoide, sexualitate perversă polimorf şi abuz de substanţă. Kemberg a avertizat totuşi că simptomele descriptive nu sunt suficiente pentru un diagnostic definitiv. În schimb, el credea că diagnosticul se

bazează pe o analiză structurală sofisticată care evidenţiază patru trăsături-cheie (Tabel 15 – 2).

1. *Manifestări nespecifice de slăbiciune a Eului.* Un aspect al funcţionării Eului este capacitatea de a amâna descărcarea impulsurilor şi de a modula afectele cum ar fi anxietatea. Pacienţii borderline, în viziunea lui Kemberg, sunt incapabili să mobilizeze forţe ale Eului pentru a îndeplini acele funcţii din cauza unor slăbiciuni nespecifice inerente, în mod similar, ei au greutăţi în a sublima pulsiuni puternice şi în a-şi folosi conştiinţa pentru a le ghida comportamentul.

2. *Trecerea către procesul primar de gândire.* Ca şi Robert Knight, Kemberg a observat că aceşti pacienţi tind să regreseze la o gândire cvasipsihotică în absenţa structurii sau sub presiunea unor afecte

Tabel 15 – 2 Criteriile lui Kemberg pentru organizarea de personalitate de tip borderline

I. Manifestări nespecifice de slăbiciune a Eului
II.
A. Lipsa de toleranţă a anxietăţii
B.
C. Lipsa de control al impulsului
D.
E. Lipsa de canale de sublimare dezvoltate
F.
III. Trecerea către procesul de gândire primar
IV.
V. Mecanisme de apărare specifice
VI.
A. Clivajul
B.
C. Idealizarea primitivă
D.
E. Forme timpurii de proiecţie, mai ales

identificarea proiectivă

F.

G. Negarea

H.

I. Omnipotenţa şi devalorizarea

J.

VII. Relaţii de obiect internalizate patologice

VIII.

Sursă, **Bazat pe Kemberg, 1975.**

puternice. Totuşi aceste treceri apar primar în contextul unei testări intacte a realităţii în general.

3. *Mecanisme de apărare specifice.* Cea mai importantă dintre aceste apărări a fost găsit a fi clivajul, pe care Kemberg l-a văzut ca pe un proces activ de separare a unor introiecte şi afecte contradictorii unul de celălalt (vezi Capitolul 2). Operaţiunile de clivaj la persoana cu organizare de personalitate de tip borderline se manifestă clinic după cum urmează: a) expresia alternantă a unor comportamente şi atitudini contradictorii, pe care pacientul le priveşte cu lipsă de preocupare şi negare completă; b) o compartimentare a tuturor persoanelor din mediul pacientului în tabere de tip „complet bun" şi „complet rău", cu oscilaţii frecvente între tabere pentru un anumit individ şi e) viziuni şi imagini despre sine însuşi (reprezentări ale Sinelui) contradictorii coexistente care alternează în dominanţa lor de la zi la zi şi de la oră la oră.

Un preot catolic de 41 de ani a fost internat într-un spital de psihiatrie după descoperirea comportamentului său sexual cu copii de ambe sexe. La scurt timp după internare, analizele sale de laborator de rutină au arătat un test pozitiv pentru sifilis. Când a fost confruntat cu rezultatul de la

laborator, preotul a răspuns: „Nu ştiu cum este posibil. Sunt un preot celibatar”. Rezidentul care-l trata pe preot a subliniat doar că fusese internat din cauza activităţii sale sexuale ample cu minori. Preotul a răspuns plat la această confruntare spunând: „La ce vă aşteptaţi? Sunt doar om”.

Această vinietă clinică ilustrează cum reprezentările de Sine contradictorii coexistă la pacientul borderline – un „preot celibatar” coexista cu un pedofil promiscuu, bisexual. Pe deasupra, răspunsul prozaic al preotului a fost tipic pentru negarea completă pe care o manifestă mulţi pacienţi borderline când sunt confruntaţi cu manevrele de clivaj pe care le folosesc. Alte apărări precum idealizarea primitivă, omnipotenţa şi devalorizarea reflectă în mod similar tendinţe de clivaj (i.e., alţii sunt văzuţi în termeni în întregime pozitivi sau în întregime negativi). Identificarea proiectivă, în care reprezentările de Sine sau de obiect sunt clivate şi proiectate în alţii într-un efort de a-i controla, este o altă apărare proeminentă la organizarea personalităţii de tip borderline, după Kemberg. 4. *Relaţii de obiect internalizate patologice.* Drept rezultat al clivajului, persoana cu organizare de personalitate de tip borderline nu-i vede pe ceilalţi oameni ca având un amestec de trăsături pozitive şi negative. În schimb, ceilalţi simt împărţiţi în extreme situate la poli opuşi şi simt priviţi, folosind cuvintele unui pacient, „fie ca zei, fie ca diavoli”. Aceşti indivizi nu pot integra aspectele agresive şi libidinale ale altora, ceea ce le inhibă abilitatea de a aprecia cu adevărat experienţele interne ale altor oameni. Percepţiile lor asupra altora pot alterna în fiecare zi între idealizare şi devalorizare, ceea ce poate fi foarte perturbator pentru oricine se afla într-o relaţie cu o astfel de persoană. În mod similar, incapacitatea lor de a integra reprezentări pozitive şi negative ale Sinelui determină o

difuzie profundă a identităţii, aşa cum este ilustrat de exemplul anterior al preotului.

Conceptul lui Kemberg de organizare de personalitate de tip borderline este distinct de caracteristicile fenomenologice existente care identifică o tulburare de personalitate specifică. Cu alte cuvinte, termenul lui cuprinde multe tulburări de personalitate diferite. În viziunea sa, pacienţii cu tulburări de personalitate narcisică, antisocială, schizoidă, paranoidă, infantilă şi ciclotimică, de exemplu, se caracterizează toţi printr-o organizare de personalitate de tip borderline subiacentă.

Diagnosticelor de pe Axa II le lipseşte în general validitatea discriminatorie, deoarece un pacient care primeşte diagnosticul de o tulburare de personalitate poate primi patru până la şase diagnostice adiţionale de pe Axa II (Oldham et al., 1992). Această suprapunere este deosebit de prevalentă printre tulburările de personalitate din Grupa B, deoarece mulţi pacienţi au caracteristici ţinând de două sau mai multe dintre entităţile din acea grupă. Pentru a evita confuzia conceptuală (şi deoarece tulburările de personalitate înrudite, cum ar fi tulburarea paranoidă, schizoidă, narcisică, antisocială şi histrionică sunt discutate pe larg în alte capitole din acest volum), discuţia din acest capitol se reduce la acei pacienţi cu trăsăturile borderline descrise în DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2000) – (Tabel 15 – 3).

Tabel 15 – 3. Criteriile DSM-IV-TR pentru tulburarea de personalitate borderline.

A. Un pattern pervaziv de instabilitate a relaţiilor interpersonale, a imaginii Sinelui

şi a afectelor, şi de impulsivitate marcată începând cu vârsta adultă tânără şi care

este prezent într-o varietate de contexte, aşa cum o indică cinci (sau mai multe)

din următoarele:

(1) eforturi disperate pentru a evita abandonul real sau imaginar. *Notă:* **Nu include comportamentul suicidar sau automutilant acoperit de criteriul 5**

(2)

(3) un pattern de relaţii interpersonale intense şi instabile caracterizate prin alternarea între extreme ale idealizării şi devalorizării

(4)

(5) perturbarea identităţii: imagine a Sinelui sau simţ al Sinelui instabil în mod marcat şi persistent

(6)

(7) impulsivitate în cel puţin două domenii cu potenţial de autodistrugere (de ex. Cheltuieli, sex, abuz de substanţă, şofat imprudent, crize de supraalimentare). *Nota:* **Nu include comportamentul suicidar sau automutilant acoperit de criteriul 5**

(8)

(9) comportament suicidar, gesturi sau ameninţări, sau comportament automutilant recurent

(10)

(11) instabilitate afectivă datorată unei reactivităţi marcate a dispoziţiei (de ex. Disforie episodică intensă, irascibilitate sau anxietate care durează, de obicei, câteva ore şi doar rareori mai mult de câteva zile)

(12)

(13) sentimente cronice de vid

(14)

(15) mânie inadecvată sau intensă sau dificultate în controlul mâniei (de ex. Crize frecvente de mânie, mânie constantă, lupte fizice repetate)

(16)

(17) ideea ţie paranoidă tranzitorie, legată de stres sau simptome disociative severe. *Sursă.* **Retipărit după Asociaţia Psihiatrică Americană,** *Manual statistic şi diagnostic al tulburărilor mintale (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders,* **ediţia a patra, text revizuit, Arlington, VA, American Psychiatric Association, 2000). Copyright, 2000, American Psychiatric Association. Folosit cu permisiune.**

(18)

15.2 Trăsături demografice şi evoluţia bolii

Studii epidemiologice din Statele Unite şi Norvegia sugerează că prevalenţa TPB este undeva între 0, 7 şi 1, 8 din populaţia generală (Swartz et al., 1990; Torgersen et al., 2001). În populaţiile clinice, prevalenţa este totuşi undeva între 15 şi 25 (Gunderson şi Zanarini, 1987). În aproape toate eşantioanele, femeile sunt mult mai frecvent diagnosticate cu TPB, şi astfel 71 până la 73 din cele mai multe eşantioane simt femei (Widiger şi Weissman, 1991). Pacienţii borderline bărbaţi tind să manifeste o simptomatologie care prezintă un tablou clinic întrucâtva diferit de prototipul de pacientă cu TPB. Zlotnick et al. (2002) au evaluat 130 de pacienţi cu TPB în ambulatoriu pentru variate tulburări legate de impuls apărute în cursul vieţii. Bărbaţii cu TPB aveau o probabilitate mai mare de a avea tulburări legate de abuzul de substanţă şi de a îndeplini criteriile pentru tulburarea de personalitate antisocială. Femeile cu TPB au prezentat o probabilitate mai mare de a avea tulburări de comportament alimentar.

De aceea bărbaţii cu TPB sunt adesea etichetaţi ca antisociali, mai degrabă decât borderline.

Deşi sunt numeroase studii concepute pentru a evalua evoluţia longitudinală a TPB, toate sunt grevate de probleme metodologice importante (Bateman şi Fonagy, 2004 b; Skodol et al., 2002; Zanarini et al., 2003). Parte din dificultatea în determinarea adevăratei evoluţii este dată de faptul că eşantioanele de pacienţi borderline netrataţi sunt greu de găsit. Prin însăşi natura lor, pacienţii cu TPB caută tratament. Prin urmare, studiile concepute să determine evoluţia pe termen lung a acestor pacienţi sunt contaminate în general de grade variate de tratament în spital, parţial în spital sau în ambulatoriu. În ciuda imperfecţiunilor, apar teme încurajatoare. Deşi mulţi clinicieni se descurajează din cauza naturii bine fixate a psihopatologiei borderline în timpul fazelor de început ale tratamentului, cea mai mare parte a cercetărilor sugerează că rezultatele pe termen lung sunt mai bune decât cele pentru tulburările psihiatrice mai serioase. În patru dintre studiile mai vechi care au folosit evaluări retrospective (Meglashan, 1986; Paris et al., 1987; Plakun et al., 1985; Stone et al., 1987), între două treimi şi trei pătrimi dintre pacienţii evaluaţi în cea de-a doua decadă a studiului se prezentau rezonabil de bine, erau în stare să trăiască independent şi nu mai îndeplineau criteriile pentru TPB, Totuşi 3 – 10 dintre pacienţii aflaţi în aceste studii s-au sinucis, sugerând că tentativele de suicid nu trebuie respinse cu dispreţ de clinicieni ca fiind gesturi nesemnificative.

Studii prospective (Karterud et al., 1992; Mehlum et al., 1991; Najavits şi Gunderson, 1995; Skodol et al., 2002; Zanarini et al., 2003) au demonstrat, de asemenea, evoluţii pozitive, daila un interval de timp mult mai scurt. Într-un studiu prospectiv de urmărire pe şase ani, Zanarini et al. (2003) au găsit că 73, 5 din 290 de pacienţi cu TPB

îndeplineau criteriile pentru remisiune la sfârşitul celor şase ani. Doar 6 dintre cei care s-au remis au avut recăderi, sugerând că ameliorările în funcţionare erau rezonabil de stabile. De un interes deosebit este că aceşti pacienţi începuseră studiul în timpul spitalizării, astfel încât eşantionul era compus din pacienţii cel mai serios perturbaţi din spectrul borderline. Doar 11 pacienţi s-au sinucis. Investigatorii au tras concluzia că simptomele fac parte din două categorii. Prima categorie cuprinde gândire cvasipsihotică, tentative de suicid, automufilări şi regresii sub tratament, toate acestea părând să dispară relativ devreme în evoluţie. Celelalte simptome rămân prezente la şase ani şi pot persista indefinit.

Tabel 15 – 4. Factori de prognostic în tulburarea de personalitate borderline.

Prognostic prost	**Prognostic bun**
Brutalitate/incest parental (Stone, 1990)	**IQ ridicat (McGlashan, 1985; Stone, 1990)**
Instabilitate afectivă mai mare (McGlashan, 1992)	**Absenţa sentimentului narcisic de îndreptăţire (Plakun, 1991)**
Gândire magică (McGlashan, 1992)	**Absenţa divorţului parental (Plakun, 1991)**
Impulsivitate şi abuz de	

substanţă

(Links et al., 1993)
Trăsături comorbide schizotipale, antisociale sau paranoide (Links et al., 1998; McGlashan, 1986; Stone, 1993)

Prezenţa psihopatologiei materne (Paris

et al., 1988)
Istoric familia i de maladie mintală (Paris et al., 1988)

Acestea cuprind simptomele cele mai rezistente sau bazate pe temperament, cum ar fi sentimente de mânie şi

vid, dificultate în a tolera singurătatea şi preocupări în legătură cu abandonul.

Deoarece TPB este o entitate eterogenă, unii pacienţi cu acest diagnostic au o putere remarcabilă care duce la un prognostic mai bun, pe când alţii sunt sortiţi unor evoluţii proaste. Literatura limitată care există în legătură cu prognosticul este rezumată în Tabelul 15 – 4.

15.3 înţelegere psihodinamică şi etiologie

15.3.1 Formulări psihanalitice timpurii

Kemberg (1975) a legat etiologia şi patogeneza TPB de schema de dezvoltare a lui Margaret Mahler (Mahler et al., 1975), aşa cum este subliniat în Capitolul 2. El a ţintit subfaza de reapropiere, între aproximativ 16 şi 24 de luni, ca fiind sediul cronologic al unei crize în dezvoltare. În acest stadiu, copilul se alarmează în legătură cu posibilitatea ca mama lui să dispară şi, din timp în timp, arată o preocupare disperată pentru localizarea ei. Din această perspectivă legată de dezvoltare, Kemberg a sugerat că pacienţii borderline retrăiesc în mod repetat o criză infantilă timpurie în care le este teamă că încercările de a se separa de mama lor vor avea drept rezultat dispariţia ei şi abandonarea lor. Drept urmare, pacienţii borderline adulţi suferă de o dificultate în a fi singuri şi au o anxietate constantă că alţii îi vor abandona.

O a doua componentă a acestui impas în dezvoltare este o lipsă a constanţei obiectului, care-i lasă pe pacienţi incapabili să integreze aspectele bune şi rele ale lor şi ale altora. Rezultatul final este o stare pe care Kemberg (1966) o caracterizează prin predominanţa introiectelor negative. Atât reprezentările Sinelui, cât şi ale obiectului simt clivate în „complet bune” şi „complet rele”, astfel încât forţele urii şi distructivităţii nu vor distruge

sentimentele bune sau de iubire.

Formularea lui Masterson şi Rinsley (1975) s-a concentrat şi pe subfaza de reapropiere a separării-individuării. Totuşi ei au argumentat că mamele pacienţilor borderline le-au dat acestora un mesaj clar că dacă ei se separă, mama îşi va retrage iubirea, provocând o „depresie de abandon". Adler (1985), pe de altă parte, a abordat psihopatologia borderline dintr-un model al deficitului sau al „insuficienţei". În viziunea lui, maternajul inconsistent sau nedemn de încredere a determinat eşecul pacientului borderline în dezvoltarea „unui obiect intern liniştitor şi cu funcţie de conţinere". Influenţat de teoriile psihologiei Sinelui ale lui Kohut (vezi Capitolul 2), Adler a înţeles pacientul borderline ca pe cineva în căutare de funcţii ale obiectului Sinelui la figuri externe din cauza absenţei de introiecte suportive. El a subliniat incapacitatea pacientului de a avea „o memorie de evocare", astfel încât copilul să poată evoca imaginea liniştitoare a unei figuri materne în absenţa fizică a mamei.

15.3.2 Descoperiri empirice

Toate modelele psihodinamice au fost puse la încercare într-o anumită măsură de cercetarea empirică în literatură. De exemplu, supraimplicarea maternă descrisă în formularea Masterson-Rinsley a fost pusă sub semnul întrebării într-o serie de studii (Frank şi Hoffman, 1986; Frank şi Paris, 1989; Goldberg et al., 1985; Gunderson et al., 1980; Paris şi Frank, 1989; Paris şi Zweig-Frank, 1992; Soloff şi Miliward, 1983; Zweig-Frank şi Paris, 1991) care sugerează în colectiv trei concluzii generale (Zanarini şi Frankenburg, 1997): 1) pacienţii borderline îşi văd în general relaţiile lor cu mama ca distante, înalt conflictuale sau de neimplicare; 2) eşecul tatălui de a fi prezent este un aspect şi mai discriminator al familiilor de origine decât

relaţia maternă; 3) relaţii perturbate atât cu mama, cât şi cu tatăl pot fi şi mai patogene, precum şi mai specifice pentru TPB decât cele cu oricare din părinţi singur.

Aceste descoperiri sugerează că neglijarea poate fi un factor etiologic şi mai semnificativ decât supra implicarea. Un studiu prospectiv conceput elegant (Johnson et al., 1999) a constatat că neglijarea în copilărie era asociată cu o creştere a simptomelor în TPB ca şi a celor legate de câteva alte tulburări de personalitate.

Teoriile psihodinamice care subliniază semnificaţia separării şi abandonului au primit unele confirmări de la studii care măsoară prevalenţa separărilor timpurii şi a pierderii în istoriile din copilărie ale pacienţilor cu TPB (Akiskal et al., 1985; Links et al., 1988; Walsh, 1977; Zanarini et al., 1989 a). Într-un studiu (Zanarini şi Frankenburg, 1997) care compară pacienţii borderline cu cei care sunt diagnosticaţi cu alte tulburări de pe Axa II, cu pacienţi psihotici şi pacienţi tulburaţi afectiv, cei cu TPB au fost găsiţi cu un procentaj semnificativ mai mare de pierderi şi separări timpurii în trecutul lor. Cifrele se întindeau de la 37 la 64 şi erau înalt discriminatorii pentru TPB (Zanarini şi Frankenburg, 1997).

Modelele psihodinamice timpurii au subevaluat în mod serios rolul jucat de traumele din copilărie în etiologia şi patogeneza TPB. Există acum un sprijin empiric important pentru noţiunea ca abuzul în timpul copilăriei este un factor major care contribuie în etiologia tulburării (Baker et al., 1992; Gunderson şi Sabo, 1993; Herman et al., 1989; Ogata et al., 1990; Swartz et al., 1990; Walsh, 1977; Westen et al., 1990; Zanarini et al –, 1989 b, 1997). Abuzul sexual în copilărie pare a fi vin factor etiologic important la aproximativ 60 dintre pacienţii borderline. Deşi pacienţii de control cu alte tulburări de personalitate sau cu depresie nu raportează abuzul sexual la fel de des precum pacienţii borderline, acelaşi lucru nu este adevărat

pentru abuzul fizic, unde prevalenţa este în mare aceeaşi. Cam 25 dintre pacienţii borderline au o istorie de incest părinte-copil. Pe de altă parte, abuzul sexual nu este nici necesar, nici suficient pentru dezvoltarea TPB, şi alte experienţe timpurii, cum ar fi neglijarea de către cei de ambele sexe care cresc copilul şi mediul de acasă haotic sau inconsistent, apar de asemenea ca factori de risc semnificativi (Zanarini et al., 1997). Această perspectivă a fost sprijinită într-un studiu prospectiv de către Johnson et al. (1999), care au legat simptomele borderline de la vârsta adultă de abuzul sexual şi de neglijarea din copilărie, dar nu şi de abuzul fizic.

Relativ puţine studii au căutat să determine dacă maltratarea în copilărie este specifică TPB sau este parte a patogenezei tuturor tulburărilor de pe Axa II. În studiul longitudinal în colaborare al tulburărilor de personalitate (Battle el. Al., 2004), investigatorii au examinat istoriile din copilărie a 600 de adulţi cu tulburare de personalitate şi au semnalat trei descoperiri primordiale: 1) o proporţie mare de pacienţi cu tulburare de personalitate au raportat a fi fost expuşi la neglijare sau la abuz fizic în timpul creşterii lor (73 au destăinuit abuz în antecedente şi 82 au raportat că au fost neglijaţi în copilărie); 2) când diagnosticele câtorva tulburări de personalitate au fost evaluate în acelaşi timp, diagnosticul de pe Axa II cel mai frecvent asociat cu maltratarea în copilărie a fost TPB şi 3) două alte grupuri de tulburări de personalitate – obsesiv-compulsivă şi antisocială – pot avea, de asemenea, rate înalte de maltratare. Deşi acest studiu are dezavantajul de a fi retrospectiv, el confirmă noţiunea că maltratarea în copilărie joacă un rol în dezvoltarea TPB. Totuşi rezultatele demonstrează şi că nu toţi indivizii care dezvoltă o TPB raportează aceste experienţe de neglijare şi abuz în copilărie.

Experienţele de abuz şi de neglijare sunt de obicei

legate de modele de ataşament problematice. Bateman şi Fonagy (2004 a, 2004 b) au dezvoltat un model bazat pe mentalizare derivat din teoria ataşamentului. Aşa cum s-a discutat în Capitolul 2, teoria ataşamentului postulează patru categorii de legături între un copil şi cel care-l creşte: 1) sigură/ autonomă, 2) nesigură /evitantă, 3) anxioasă şi 4) nehotărâtă/dezorganizată. Intim legat de aceste modalităţi nesigure de ataşament este defectul în abilitatea de a mentaliza. Mai precis, mulţi pacienţi borderline au o mare dificultate în a aprecia şi a recunoaşte că stările percepute cu privire la ei şi la alţii sunt subiective şi supuse greşelii şi sunt reprezentări ale realităţii care reflectă doar una dintr-o serie de perspective posibile. Mentalizarea este o trăsătură a memoriei procedurale implicite prin aceea că se creează în contextul ataşamentului sigur cu o persoană care-l îngrijeşte pe copil şi care îi transmite acestuia stări mintale, îl tratează pe copil ca pe cineva important şi îl ajută să-şi creeze modele de lucru interne. Cu alte cuvinte, cineva citeşte automat expresia de pe o altă faţă şi ştie ce simte persoana respectivă fără un efort conştient intens pentru a afla înţelesul expresiei faciale.

În absenţa unui ataşament sigur, copiii au dificultăţi în a-şi discerne propriile stări mintale sau ale altora. O persoană cu ataşament sigur îi transmite copilului acest ataşament sigur şi capacitatea sa de mentalizare. Cercetarea a legat pacienţii cu TPB cu categorii de ataşament nesigur fie de tip anxios, fie de tip nehotărât/dezorganizat (Alexander et al., 1998; Allen, 2001; Patrick et al., 1994; Stalker şi Davies, 1995). Eşecul de a rezolva trauma pare a distinge grupul cu TPB de ceilalţi. Trauma timpurie din copilărie duce la o retragere defensivă din lumea mintală din partea victimei. Drept urmare, unii pacienţi cu TPB care avuseseră o traumă severă fac faţă abuzului prin evitarea reflecţiei asupra

conţinutului minţii celui care are grijă de ei, ceea ce împiedică rezolvarea experienţelor de abuz (Fonagy, 2001). O pacientă a cărei mamă a ameninţat să-i taie mâinile când a făcut dezordine a povestit că a încetat să se mai gândească de ce a ţipat mama ei la ea, deoarece îi era teamă că mama ei o ura şi o privea ca pe un monstru.

Fonagy et al. (1996) au studiat un eşantion de paciente internate cu tulburări severe de personalitate. Folosind o Scală de Funcţionare Reflectivă (Fonagy et al., 1997) care a fost dezvoltată pentru a măsura capacitatea de mentalizare, ei au fost în stare să cuantifice această dimensiune. Dintre cei cu abuz şi funcţionare reflectivă joasă, 97 întruneau criteriile pentru TPB. Totuşi doar 17 dintre subiecţii din grupul care a raportat abuz şi care au avut rate înalte în funcţionarea reflectivă îndeplineau criteriile pentru TPB. Deci pacienţii cu capacitate de mentalizare puteau înţelege mintea celui care-i are în grijă şi puteau prelucra ceea ce s-a întâmplat astfel încât să rezolve trauma. Pe de altă parte, cei care au făcut faţă abuzului prin refuzul de a gândi la ceea ce se întâmpla în mintea celui care-i avea în grijă au eşuat în a mentaliza şi, prin urmare, nu au putut rezolva experienţa de abuz.

În dezvoltarea normală, mentalizarea este o realizare psihologică. Un copil sub vârsta de 3 ani operează primar în modul de echivalenţă psihică (Fonagy, 2001). În acest mod/copilul presupune că percepţiile realităţii sunt identice cu realitatea însăşi. Undeva în jurul vârstei de 4 sau 5 ani, copilul începe să integreze modul „ca şi cum” cu modul de gândire de echivalenţă psihică. Copilul de 5 sau 6 ani înţelege că percepţia cuiva este influenţată de factori subiectivi. Aceasta permite fenomenul de joacă, unde copiii pot pretinde că sunt altcineva decât sunt de fapt. Pacienţii cu TPB au frecvent o mare dificultate în a trece de la modul de echivalenţă psihică la modul „ca şi cum”.

Autoorganizarea se bazează mult pe capacitatea de a

se concepe pe sine însuşi şi pe ceilalţi ca pe agenţi mintali (Bateman şi Fonagy, 2004 a). În cursul dezvoltării, copilul este sub o mare presiune să dezvolte întrucâtva o reprezentare a stărilor interne. Copiii se regăsesc tipic în ochii mamei lor sau în ochii celui care-i are în grijă, deoarece figura parentală le reflectă înapoi ceea ce ea sau el vede în copil. Când părinţii sau cei care-i au în grijă eşuează în a procura acest tip de experienţă, este internalizată o persoană înfricoşătoare sau înfricoşată ca parte a structurii Sinelui copilului (Fonagy şi Target, 2000). Ca urmare, o reprezentare ostilă sau „străină" se află în interiorul reprezentării Sinelui copilului. În consecinţă, copilul creşte cu o nevoie de a externaliza Sinele străin, astfel încât o altă minte să deţină controlul acestor atribute neplăcute. Acest mecanism este o explicaţie de ce pacienţii borderline intră repetat în relaţii în care se simt victimizaţi de alţii care sunt percepuţi ca persecutori. Prin procesul de identificare proiectivă, un pacient poate, de asemenea, să influenţeze un psihoterapeut, de exemplu, sau orice altă figură semnificativă să preia caracteristicile „Sinelui străin" sau ale „obiectului rău".

15.3.3 Descoperiri din neurobiologie

O consecinţă a interacţiunilor traumatice timpurii cu părinţii sau cu cei care-i au în grijă este aceea că pacienţii borderline pot avea o hipervigilenţă persistentă, deoarece ei au nevoie să scaneze mediul din jur din cauza posibilităţii ca alţii să aibă intenţii răuvoitoare la adresa lor. Descoperirile neurobiologice confirmă această sechelă a traumei apărută în cursul dezvoltării. Rinne et al. (2002 a) au studiat 39 de paciente cu TPB cărora Îi s-au aplicat teste combinate cu dexametazonă/hormon de eliberare a corticotropin ei (CRH-corticotropin releasing hormone),

folosind 11 subiecţi sănătoşi de control. Douăzeci şi patru dintre aceste femei aveau un istoric de abuzuri susţinute în copilărie. Cincisprezece dintre ele nu aveau un istoric de abuzuri susţinute în copilărie. Când autorii au examinat rezultatele, pacientele cu TPB abuzate cronic au avut reacţii semnificativ crescute de hormon adrenocorticotrop (ACTH) şi de cortizol la testul la dexametazonă/CRH în comparaţie cu subiecţii neabuzaţi. Ei au tras concluzia că un istoric de abuzuri susţinute în copilărie se asociază cu o reacţie crescută de eliberare de ACTH. Descoperirile lor sugerează că această stare fiziologică de hiperreactivitate este relevantă pentru un subgrup de pacienţi borderline, dar nu pentru toţi. Abuzul susţinut în copilărie apare ca având drept efect creşterea sensibilităţii receptorilor la CRH.

Cunoştinţele despre reacţia crescută a axului hipotalamo-hipofizo-suprarenal se potrivesc bine cu înţelegerea noastră a modelului relaţiilor de obiect interne în TPB. Deoarece înţelegem că relaţiile de obiect interne se creează prin construirea unor blocuri ale reprezentărilor de Sine, ale reprezentărilor de obiect şi a unor afecte care le leagă, putem presupune că o stare afectivă anxioasă şi hipervigilenţă ar fi legată de o percepţie a altora ca persecutori şi a Sinelui ca fiind victimizat (figura 15 – 1).

O funcţie a amigdalei este de a creşte vigilenţa şi de a facilita o evaluare individuală a potenţialului pentru situaţii noi sau ambigue (Donegan et al., 2003). Un studiu de imagistică prin rezonanţă

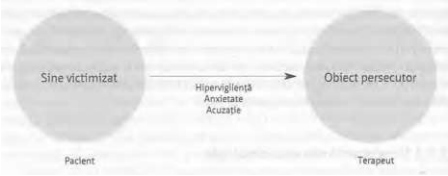

Figura 15 – 1. O relaţie de obiect intern asociată cu hiperreactivitatea axului hipotalamo-hipofizosupra renal.

magnetică funcţională (FMRI) (Herpetz et al., 2001) a comparat şase paciente cu TPB cu şase subiecţi de control femei. Principala descoperire a studiului a fost că amigdala pe ambele părţi ale creierelor pacientelor borderline a arătat o activare crescută în comparaţie cu amigdalele grupului de control. Investigatorii au tras concluzia că cortexul perceptual la un pacient borderline poate fi modulat prin amigdală, ducând la creşterea atenţiei la stimulii relevanţi emoţional din mediu.

Două studii diferite (Donegan et al., 2003; Wagner şi Linchan, 1999) au examinat cum pacienţii borderline, comparaţi cu subiecţii de control, reacţionează la prezentări standard de feţe. Într-un studiu Donegan et al., 2003), pacienţii borderline au arătat o activare semnificativ mai mare a amigdalei stângi la expresiile faciale de emoţie în comparaţie cu subiecţii de control normali. Deşi mai mare importanţă totuşi a fost tendinţa subiecţilor borderline, în contrast cu subiecţii de control, de a atribui unor feţe neutre atribute negative. Feţele care erau fără expresie au fost privite ca ameninţătoare, nedemne de încredere şi eventual complotând să facă ceva nelegiuit. O amigdală hiperactivă poate fi implicată în predispoziţia de a fi hipervigilent şi suprareactiv la expresii emoţionale relativ benigne. Această citire greşită a expresiilor faciale neutre se leagă clar de citirile greşite în transfer care apar în psihoterapia pacienţilor borderline.

Studiile care folosesc tehnici imagistice de rezonanţă magnetică cu pacienţi borderline şi subiecţi de control au demonstrat volume reduse ale hipocampului şi amigdalei la pacienţii cu TPB versus grupurile de control (Driessen et al., 2000; Schmahl et al., 2003 a; van Elst et al., 2003). Deşi rolul traumei în reducerea volumului hipocampului a fost stabilit în multe studii, relaţia exactă dintre trauma timpurie şi volumele reduse ale amigdalei este neclară. În

două studii (Lyoo et al., 1998; Van Elst et al., 2003), au fost de asemenea observate reducerile de volum ale lobilor frontal şi orbito-frontal. Aceste descoperiri au o explicaţie posibila. Slăbirea controalelor inhibitorii prefrontale pot, de fapt, să contribuie la hiperactivitatea amigdalei (vezi figura 15 – 2).

De un interes deosebit în studiul FMRI al lui Van Elst et al. (2003) a fost faptul că volumele orbito-frontale stângi s-au corelat semnificativ cu volumele amigdalei. Scăderea volumului hipocampului poate fi corelată cu dificultăţile pe care le au pacienţii borderline în a evalua cum relaţiile curente pot sau nu să semene cu relaţii trecute şi în a învăţa din experienţele asociate cu acele relaţii trecute.

Locul central al anxietăţii de separare şi al temelor de abandon la pacienţii cu TPB a fost studiat şi cu ajutorul tomografiei prin emisie de pozitroni. Schmahl et al. (2003 b) au investigat fluxul sanguin cerebral la 20 de femei cu un istoric de abuz sexual în copilărie, în timp ce acestea ascultau scenarii descriind evenimente neutre şi personale implicând abandonul. Reacţiile pacientelor cu TPB şi ale celor fără TPB

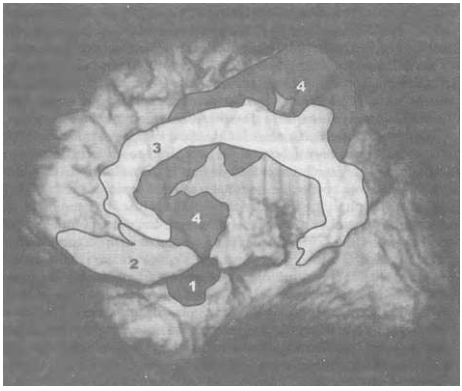

Figura 15 – 2. Proximitatea amigdalei de cortexul prefrontal.

Vedere mediană a emisferei drepte a creierului: 1: amigdala; 2: cortex prefrontal ventromedian (orbital); 3:

cortex cingulat; 4: cortexuri corelate somato-senzorial.

Retipărit din Schore AN: *Affect Regulation and the Repair of the Self (Reglarea afectului şi repararea Sinelui).* New York, WW Norton, 2003. Copyright 2003, Allan N. Schore. Folosit cu permisiune.

au fost comparate. Descoperirile au implicat disfuncţia cortexului median şi prefrontal dorso-lateral, inclusiv a cortexului anterior cingulat, temporal stâng, şi a cortexului asociaţiei vizuale la pacientele cu TPB. La femeile cu TPB, expunerea la amintirea abandonului prin scenariile personalizate a avut drept rezultat activarea crescută în aceleaşi arii care au fost documentate la maimuţele rhesus după separarea de mamele lor. Prin urmare, investigatorii au postulat că stresul asociat cu separarea maternă activează aceeaşi regiune din creier ca şi amintirile abandonului din copilărie la aceşti pacienţi. Deoarece cortexul median prefrontal are conexiuni inhibitorii cu amigdala şi joacă un rol în stingerea răspunsului de frică, o altă posibilitate este aceea că acest pattern reflectă o incapacitate de a opri generarea de emoţii negative din amigdală.

A fost, de asemenea, propus un substrat neuronal pentru clivaj. Traumele timpurii pot să determine lateralizarea emisferică şi să afecteze în mod defavorabil integrarea emisferelor dreaptă şi stângă.

Atenuarea potenţialelor evocate la proba auditivă a fost măsurată ca un index al activităţii emisferice la 10 subiecţi cu un istoric de traumă în copilărie şi la 10 subiecţi apariaţi pentru comparaţie şi fără un astfel de istoric în timp ce-şi rememorau o amintire neutră şi apoi una traumatică (Schiffer et al., 1995). Copiii abuzaţi şi-au folosit emisfera stângă când s-au gândit la amintiri neutre şi pe cea dreaptă pentru amintirile înfricoşătoare. Grupul de comparaţie a folosit atât partea stângă, cât şi pe cea

dreaptă în mod egal, indiferent de conţinutul amintirii. Acest eşec al integrării emisferice poate fi reflectat în folosirea clivajului de către pacienţii cu TPB ca mecanism de apărare major.

Studiile de imagistică sugerează că mentalizarea implică nişte structuri diferite ale creierului care lucrează împreună (Baron-Cohen et al., 1999; Calarge et al., 2003; Frith şi Frith, 1999; Gallagher et al., 2000; Goel et al., 1995). Majoritatea acestor studii implică să-i ceri subiectului să îndeplinească activităţi mintale care necesită o înţelegere a lumii interne a altcuiva. Calarge et al. (2003), de exemplu, au cerut unui număr de 13 voluntari sănătoşi să se plaseze în locul altei persoane şi să-i atribuie acelei persoane stări mintale punându-i să descrie experienţa unui străin care plânge şi pe care-l întâlnesc din întâmplare pe o bancă într-un parc. Autorii au observat că aceste capacităţi sunt necesare în practica psihoterapiei psihodinamice. Ca şi în alte studii, regiunea frontală mediană s-a activat când subiecţii le-au atribuit altora stări mintale, Una dintre descoperirile cele mai semnificative a fost că activarea cea mai mare în timpul acestei sarcini a apărut în cerebelul drept. Ca şi Frith şi Frith (1999), aceşti investigatori au sugerat că este cel mai bine să ne gândim la un sistem sau la o reţea de tip „teorie a minţii” care este larg răspândită şi făcută din noduri interactive situate probabil în regiunile frontale mediane, sulcusul temporal superior, regiunea frontală inferioară şi cerebelul.

Multe dintre corelările neurobiologice ale TPB apar ca fiind legate de traumă, dar unii dintre aceşti factori pot fi datoraţi influenţelor genetice, prenatale sau postnatale. Studiile asupra etiologiei au găsit în mod consistent că istoriile de traumă şi de neglijare nu sunt prezente la toţi pacienţii borderline. Ca urmare, orice etiologie trebuie gândită ca multifactorială. Datele genetice sunt limitate

pentru TPB, dar singurul studiu pe gemeni bazat pe criteriile DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994) sugerează că factorii genetici lucrează (Torgersen et al., 2000). Gemenii monozigoţi au arătat o rată de concordanţă de 35 pentru TPB, pe când gemenii dizigoţi au arătat o rată de concordanţă de doar 7. Concentrarea pe un număr de trăsături care se pot moşteni, precum defectul în reglarea emoţională, poate fi mai relevantă decât încercarea de a identifica transmisibilitatea directă a unei tulburări specifice de personalitate (Skodol et al., 2002). Pacienţii borderline sunt eterogeni, sugerând că TPB este influenţată de dimensiuni genetice multiple care pot determina fenotipuri oarecum diferite.

Cloninger et al. (1993) au dezvoltat un model psihobiologic al personalităţii care implică patru dimensiuni ale temperamentului şi trei dimensiuni ale caracterului. În acest model, aproximativ 50 din personalitate poate fi atribuită temperamentului, care este influenţat puternic de variabile genetice, şi 50 caracterului, care este determinat în mare parte de variabile de mediu (figura 15 – 3).

Cele patru dimensiuni ale temperamentului sunt: 1) *căutarea noutăţii,* caracterizată prin activitate exploratorie frecventă ca răspuns la noutate, impulsivitate în luarea deciziilor, extravaganţă în abordarea semnalelor interpersonale şi a recompensei, pierdere rapidă a stăpânirii de sine şi evitare activă a frustraţiei; 2) *evitarea răului,* care implică îngrijorare pesimistă asupra viitorului, comportament evitant, cum ar fi teama de nesiguranţă şi timiditate faţă de străini, şi fatigabilitate rapidă; 3) *dependenţă de recompensă,* caracterizată prin sentimentalitate, ataşament social şi dependenţă de aprobarea celorlalţi şi 4) *persistenţă,* care se referă la capacitatea de a fi perseverent în ciuda frustrării şi a oboselii.

Cele trei dimensiuni ale caracterului sunt formate de familie şi influenţele familiale, fantasmele intra-psihice, traumele şi factorii de stres din mediu. *Conducerea de sine* implică acceptarea responsabilităţii pentru alegerile proprii mai degrabă decât învinuirea altora, acceptarea de sine, a avea resurse şi identificarea scopurilor şi ţelurilor vieţii. *Capacitatea de cooperare* este o măsură a capacităţii pentru relaţii de obiect şi atinge dimensiuni ca empatia, capacitatea de a oferi ajutor, compasiunea şi acceptarea socială. *Transcendenţa de sine* se referă la acceptarea spirituală a persoanei, identificările dincolo de sine şi ocupaţiile altruiste.

Cloninger et al. (1993) au găsit că dimensiunile caracterului de conducere de sine şi de capacitate de cooperare simt factori critici în diagnosticul tulburării de personalitate. De fapt, conducerea de sine scăzută şi capacitatea de cooperare scăzută sunt asociate cu toate categoriile de tulburări de personalitate. Unele temperamente sunt

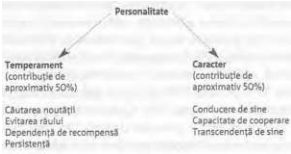

Figura 15 – 3. Un model psihobiologic al personalităţii *Sursă.* Bazat pe Cloninger et al., 1993.

caracteristice pentru tipuri specifice de tulburări de personalitate. Cloninger şi colegii au raportat că pacienţii cu TPB sunt unici în a fi la nivel înalt *atât* în căutarea noutăţii, *cât şi* în evitarea răului. Cu alte cuvinte, pacienţii borderline sunt impulsivi şi furioşi, dar şi extrem de anxioşi.

Modelul Cloninger sugerează o diateză genetic-biologică pe care acţionează unii factori de mediu pentru a crea combinaţia între conducerea de sine redusă şi

capacitatea de cooperare redusă în legătură cu un temperament caracterizat prin evitarea marcată a răului şi căutarea intensă a noutăţii. Figueroa şi Silk (1997) au propus un model înrudit în care efectele traumei interacţionează cu o predispoziţie subiacentă la disfuncţie serotoninergică. Ipoteza lor se bazează pe observaţia că pacienţii borderline au un nivel de activitate serotoninergică semnificativ scăzut. Deoarece serotonina are un efect inhibitor pe comportament, impulsivitatea caracteristică pacienţilor borderline poate fi corelată parţial cu această activitate serotoninergică alterată (Coccaro şi Kavoussi, 1997; Coccaro et al., 1989; Siever şi Davis, 1991). Vulnerabilitatea crescută secundară nivelului mai scăzut de serotonină este înrăutăţită de efectele traumei, care determină alterări ale cortizolului şi catecolaminelor. Sistemul noradrenergic hipersensibil, datorat în parte temperamentului şi în parte hiperactivităţii rezultate din traumă, duce la un comportament autodistructiv, cum ar fi mutilarea, încercarea de a diminua afectele disforice şi dureroase.

Dovezi suplimentare ale unui substrat biologic pentru TPB derivă din date care sugerează prezenţa deficitelor neurocognitive. Andrulonis (1991) a notat că un număr semnificativ de pacienţi borderline au semne uşoare de dificultăţi neurobiologice, inclusiv un istoric de tulburare de deficit de atenţie/hiperactivitate, de probleme de învăţare, de slab control al impulsului şi de tulburare de conduită. Studii ale tulburărilor neuropsihologice au raportat că pacienţii borderline au semnificativ mai multe semne de astfel de tulburări, dar şi că unele dintre dificultăţi pot fi subtile şi să devină evidente doar când subiecţii cu TPB sunt comparaţi cu subiecţi de control sănătoşi (O'Leary şi Cowdry, 1994; O'Leary, 2000; Swirsky-Sacchetti et al., 1993; vanreekum et al., 1993). Cel puţin un studiu a identificat, de asemenea, o rată semnificativ

crescută a traumatismului cranio-cerebral înainte de diagnostic la pacienţii cu TPB în comparaţie cu subiecţii de control (Streeter et al., 1995).

Aceste date acumulate sugerează că TPB are o etiologie multifactorială. Zanarini şi Frankenburg (1997) au postulat trei factori majori. Unul este reprezentat de mediul de acasă traumatic şi haotic şi care implică separări timpurii, neglijare, discordie emoţională în familie, insensibilitate la sentimentele şi nevoile copilului şi traume de diferite grade. Cel de-al doilea este un temperament vulnerabil cu baze biologice. Cel de-al treilea factor este legat de evenimente declanşatoare, cum ar fi încercarea de a avea o relaţie intimă, plecarea de acasă sau suferirea unui viol sau a unui alt eveniment traumatic, oricare dintre acestea putând acţiona ca un catalizator în producerea simptomatologiei tulburării borderline. Unele tipuri de temperamente cu baze biologice pot creşte probabilitatea de apariţie a unor evenimente de viaţă negative, astfel încât există un efect interactiv permanent al genelor şi al mediului exterior în dezvoltarea TPB (Paris, 1998). O concluzie este că fiecare pacient borderline poate avea o cale etiologică unică ce implică diferite grade ale fiecăruia dintre factorii etiologici.

Unele dintre viziunile contradictorii exprimate în teoriile psihodinamice pot reflecta diferite experienţe din cadrul dezvoltării, precum şi populaţii diferite de pacienţi borderline. De exemplu, pacienţii care au suferit o pierdere timpurie în copilărie sau au fost neglijaţi pot eşua în a dezvolta un introiect liniştitor şi cu funcţie de conţinere, aşa cum a descris Adler (1985). Cercetările lui Zweig-Frank şi Paris (1991) arată că alţi pacienţi au fost supuşi la un control excesiv în copilărie (atât de către mamă, cât şi de către tată) şi prin urmare pot avea preocupări legate de abandon, precum cele descrise de Masterson şi Rinsley (1975) şi Kemberg (1975). Cercetări

controlate au documentat, de asemenea, un grad înalt de corelare între problemele de separare-individuare şi psihopatologia borderline (Dolan et al., 1992).

15, 4 Tratament

Deşi nu există studii controlate randomizate care să compare folosirea combinată a medicaţiei şi a psihoterapiei pentru pacienţii borderline cu psihoterapia singură, combinaţia dintre medicaţie şi psihoterapie a devenit tratamentul standard pentru cei mai mulţi pacienţi borderline, într-adevăr *Ghidul de practică pentru tratamentul pacienţilor cu tulburare de personalitate borderline* al Asociaţiei Psihiatrice Americane (2001) recomandă atât psihoterapia, cât şi medicaţia ca fiind abordarea terapeutică optimă.

15.4.1 Farmacoterapia

Medicaţia a devenit din ce în ce mai mult o parte standard a tratamentului global al pacienţilor cu TPB. Eficacitatea agenţilor poate deriva din schimbarea temperamentului de bază, din acţiunea asupra simptomelor ţintă specifice ale tulburării de personalitate sau din tratarea tulburărilor de comorbiditate de pe Axa I (Gabbard, 2000).

Practic vorbind, un principiu bun după care să ne ghidăm este ţintirea unor simptome specifice ale TPB şi încercarea unei singure medicaţii la un moment dat pentru a evalua dacă agentul a ameliorat simptomul specific ţintit. Clinicienii sunt întotdeauna supuşi riscului de a prescrie în exces din cauza exasperării de contratransfer faţă de pacient până la punctul în care sunt încercaţi simultan multipli agenţi şi niciun medicament individual nu poate fi evaluat în termeni de eficacitate. Inhibitorii selectivi de

recaptare a serotoninei (ISRS) au devenit din ce în ce mai populari ca agenţi de primă linie. Patru studii diferite dublu orb şi cu subiecţi de control trataţi cu placebo (Coccaro şi Kavoussi, 1997; Markovitz, 1995; Rinne et al., 2002 b; Salzman et al., 1995) au demonstrat un anumit grad de eficacitate la pacienţi cu tulburare de personalitate borderline şi alte tulburări severe de personalitate. Aceşti agenţi par a fi eficienţi în special în reducerea mâniei, a comportamentului impulsiv-agresiv, a agresiunii verbale deosebite şi a schimbărilor rapide de dispoziţie sau a labilităţii afective. Unii pacienţi necesită doze de fluoxetină până la 80 mg/zi pentru ca aceasta să fie eficientă (Markovitz, 1995), pe când alţii par a-şi ameliora starea la doze din spectrul celor administrate pacienţilor depresivi (20 – 40 mg/zi).

Folosirea ISRS poate facilita psihoterapia prin reducerea „zgomotului afectiv" cum ar fi mânia intensă, anxietatea hipervigilentă sau disforia, care-i împiedică pe pacienţi să reflecteze asupra lumii lor interne şi a experienţelor interioare ale altora (Gabbard, sub tipar). Există şi dovezi din ce în ce mai multe că ISRS pot de fapt să stimuleze neurogeneza, mai ales în hipocamp, şi să ducă astfel la ameliorarea memoriei verbale declarative (Vermetten et al., 2003). În plus, ISRS pot să reducă hiperactivitatea axului hipotalamo-hipofizo-suprarenal prin reducerea hipersecreţiei factorului de eliberare a corticotropinei (CRF) (Nemeroff şi Owens, 2004).

Rinne et al. (2003) au studiat impactul fluvoxaminei asupra axului hipotalamo-hipofizo-suprarenal la 30 de paciente borderline. Subiecţilor li s-a administrat concomitent un test cu dexametazonă şi cu hormonul de eliberare a corticotropinei (DEX/CRH). Testul a fost administrat înainte şi după tratamentul cu fluvoxamină la doza de 150 mg/zi. Şaptesprezece dintre paciente aveau un istoric de abuz susţinut în copilărie, pe când 13

paciente nu aveau un istoric de abuz. Atât 6, cât şi 12 săptămâni de tratament cu fluvoxamină au fost asociate cu o reducere semnificativă a răspunsului de ACTH şi cortizol la testul DEX/CRH. Amplitudinea reducerii era corelată direct cu prezenţa abuzului susţinut în copilărie, dar nu era dependentă de prezenţa unei tulburări de stres posttraumatic sau a unei depresii majore comorbide. Investigatorii au tras concluzia că fluvoxamina reduce hiperreactivitatea axului hipotalamo-hipofizo-suprarenal la pacienţii cu TPB care au un istoric de abuz susţinut în copilărie.

Reducerea hiperreactivităţii axului hipotalamo-hipofizo-suprarenal poate să afecteze direct capacitatea pacientului de a reflecta. Aşa cum am descris mai sus, starea afectivă hipervigilenţă, anxioasă este legată de o unitate specifică de relaţii de obiect din interiorul pacientului care implică percepţia altora ca potenţiali persecutori răuvoitori şi pe sine ca pe o victimă (Gabbard, sub tipar). În stare de teroare, cineva nu poate gândi clar; poate doar să reacţioneze. Scăderea hiperreactivităţii cu un ISRS facilitează gândirea şi reflecţia. Fără starea afectivă intensă care exista înainte de tratamentul cu ISRS, pacientul poate să ia în considerare mai uşor alte motivaţii ale terapeutului său. Pacienţii pot, de asemenea, să beneficieze de luxul de a reflecta asupra propriilor stări interne. Pacientul poate să înceapă să-l vadă pe terapeut ca pe cineva care este acolo pentru a ajuta mai degrabă decât pentru a persecuta. În mod similar, când starea de hipervigilenţă este redusă la pacient, capacitatea terapeutului de a gândi psihoterapeutic este mai puţin susceptibilă să fie erodată. Când terapeutul este într-o poziţie defensivă, a se apăra pe sine devine mai important decât să lucreze psihoterapeutic.

Unii pacienţi cu TPB nu răspund la ISRS, şi Soloff (1998) a dezvoltat câteva încercări de algoritm care-l

ghidează pe clinician către alţi agenţi. Algoritmurile lui Soloff sunt bazate pe grupele de simptome ţintă: simptome de dereglare afectivă, simptome comportamentale de tip impulsiv şi simptome perceptual-cognitive. Pentru simptomele de dereglare afectivă, când un ISRS nu pare eficient, cineva poate să ia în considerare trecerea la nefazodonă sau la venlafaxină sau la alt ISRS care acţionează asupra unor sisteme multiple de neurotransmiţători. Dacă mânia este o problemă, un antipsihotic în doză mică poate fi adăugat, iar clonazepamul poate fi folositor dacă anxietatea este o dificultate majoră. Alprazolamul ar trebui evitat, deoarece a fost demonstrat că produce dezinhibiţie la pacienţii cu TPB, care poate să aibă drept rezultat comportamentul violent sau autodistructiv (Cowdry şi Gardner, 1988; Gardner şi Cowdry, 1985). Inhibitorii de monoamin-oxidază (IMAO) sau litiul pot fi folosiţi ca o ultimă soluţie pentru simptomele de dereglare afectivă; totuşi ambii au efecte secundare problematice şi clinicienii trebuie să cântărească atent riscurile şi beneficiile prescrierii lor unei populaţii cunoscute pentru noncomplianţă şi abuz de medicamente. Aceste strategii medicamentoase sunt rezumate în Tabelul 15 – 5.

Când simptomele ţintă primare ale pacientului borderline sunt în domeniul comportamentului de tip impulsiv, tot un ISRS ar fi agentul de primă linie. În această categorie, în plus de antipsihoticele în doză mică, carbonatul de litiu sau IMAO, clinicianul trebuie de asemenea să ia în considerare carbamazepina şi divalproexul, ambii fiind demonstraţi prin studii dublu orb şi cu subiecţi de control trataţi cu placebo a reduce izbucnirile impulsive (Cowdry şi Gardner, 1988; Hollander, 1999). Pentru automutilare şi/sau abuz de alcool, naltrexona poate merita o încercare (vezi Gabbard, 2000).

Dacă simptomele cognitiv-perceptuale, cum ar fi

ideaţia paranoidă sau depersonalizarea, sunt deosebit de problematice, s-a dovedit că doze scăzute de antipsihotice convenţionale au ajutat la tratarea gândurilor cvasipsihotice. Deşi majoritatea studiilor randomizate şi controlate din literatură s-au focalizat pe antipsihoticele convenţionale, există dovezi crescânde că unele dintre antipsihoticele atipice, precum olanzapina şi clozapina, pot fi la fel de utile (Bogenschutz şi Nürnberg, 2004; Frankenburg şi Zanarini, 1993; Zanarini şi Frankenburg, 2001; Zanarini et al., 2004). De fapt, într-un studiu recent (Zanarini et al. 2004) combinaţia dintre olanzapină şi fluoxetină era superioară fluoxetinei singure. ISRS pot, de asemenea, să fie folositori pentru unele tulburări cognitive.

Farmacoterapia trebuie, de asemenea, să fie direcţionată agresiv către tulburările de pe Axa I pentru tratamentul adecvat al pacientului borderline. Cei mai mulţi pacienţi cu TPB vor avea o comorbiditate pe Axa I. Tulburarea afectivă este extrem de frecventă la pacienţii cu TPB (Gabbard et al., 2000; Gunderson, 2001). După studierea unui număr de articole asupra comorbidităţii, Gunderson (2001) a estimat că 50 dintre pacienţii cu TPB pe Axa II ar fi diagnosticaţi cu depresie pe Axa I şi 70 ar fi diagnosticaţi cu distimie pe Axa I. Numărul de pacienţi borderline cu tulburare bipolară comorbidă este mult mai mic. Totuşi, din cauza

Tabel 15 – 5. Strategii medicamentoase pentru simptomele ţintă din tulburarea de personalitate borderline.

Dereglarea afectivă	**Comportament impulsiv**	**Tulburări cognitiv-perceptuale**

ISRS	**—**	**Antipsihotice în doză**
Antipsihotice în doză	**Antipsihotice în doză**	**Mică**
Mică	**Mică**	**ISRS**
Clonazepame	**Carbonat de litiu**	
IMAOB	**IMAC**	
Litiu	**Carbamazepină**	
	Divalproex	
	Naltrexonăc	

Notă. **IMAO inhibitor de monoamin-oxidază; ISRS inhibitor selectiv de recaptare a serotoninei.**

J A nu se folosi alprazolam, deoarece ar putea duce la dezinhibiţie. B IMAO trebuie folosit cu deosebită precauţie din cauza restricţiilor de dietă. CDacă sunt prezente automutilarea şi/sau abuzul de alcool. *Sursă.* **Bazat pe Gabbard 2000 şi Soloff, 1998.**

labilităţii afective a TPB, aceşti pacienţi sunt diagnosticaţi greşit uneori ca având tulburare bipolară II, chiar dacă le lipsesc urcuşurile şi coborâşurile susţinute ale acelei tulburări şi dacă frământarea lor internă tinde să

fie un răspuns la dezamăgiri interpersonale. Undeva între 25 şi 35 dintre pacienţii cu TPB abuzează de alcool sau de alte substanţe, şi aproximativ 30 pot fi diagnosticaţi cu tulburare de stres posttraumatic (Gunderson, 2001).

15.4.2 Abordări psihoterapeutice *Cercetări empirice*

Ghidul de practică al Asociaţiei Psihiatrice Americane pentru TPB (Oldham et al., 2001) notează că există două psihoterapii validate empiric: terapia psihanalitică/psihodinamică şi terapia comportamentală dialectică (TED). Ambele sunt într-adevăr *abordări* psihoterapeutice care implică şedinţe individuale sau de grup plus întâlniri regulate ale terapeuţilor pentru supervizare/consultaţie de grup. Deoarece acest tratat este dedicat psihiatriei psihodinamice, focalizarea aici este asupra dovezilor pentru abordarea psihoterapeutică psihodinamică a TPB, care vin în majoritate de la Studiul Unităţii de zi Halliwick (Bateman şi Fonagy, 1999).

Aşa cum este notat în Capitolul 6, Bateman şi Fonagy (1999) au comparat 38 de pacienţi borderline dintr-un program de spitalizare parţială orientat psihanalitic cu cei dintr-un grup de control. Condiţia de spitalizare parţială a constat în psihoterapie psihanalitică individuală o dată pe săptămână, psihoterapie de grup de trei ori pe săptămână, terapie expresivă cu folosirea tehnicilor de psihodramă o dată pe săptămână, o întâlnire a comunităţii pe săptămână, întâlniri regulate cu coordonatorul de caz şi revizuirea medicaţiei de către un rezident în psihiatrie. Tratamentul grupului de control a constat în controlul psihiatric regulat în medie de două ori pe lună de către un specialist psihiatru, spitalizarea când a fost apropiată, urmărirea în ambulatoriu şi în comunitate, fără psihoterapie şi cu o medicaţie similară cu cea primită de primul grup.

Bateman şi Fonagy au constatat o reducere clară a proporţiei de pacienţi care încercaseră să se sinucidă în cele şase luni precedente în grupul tratat prin psihoterapie. Acea proporţie a scăzut de la 95 la internare la 5, 3 după 18 luni de urmărire. Lungimea medie a spitalizării a crescut dramatic în grupul de control în timpul ultimelor 6 luni ale studiului, pe când în grupul tratat cu psihoterapie a rămas stabilă în jurul a 4 zile în 6 luni. Starea de anxietate raportată de subiecţi, precum şi cea structurală au scăzut amândouă substanţial în grupul tratat, dar au rămas neschimbate în grupul de control. Scorurile pentru depresie (măsurate prin Inventarul de Depresie Beck) au scăzut de asemenea semnificativ în grupul tratat, şi a existat o scădere semnificativă statistic în severitatea simptomelor măsurată prin Lista-90 de Simptome Revizuită la 18 luni.

Cercetătorii au tras concluzia că, deşi ameliorarea simptomelor psihiatrice şi reducerea tentativelor de suicid au fost vizibile după 6 luni de tratament, reducerea frecvenţei internărilor în spital şi a lungimii spitalizării a devenit aparentă doar în timpul ultimelor 6 luni ale studiului, indicând o nevoie pentru tratamentul pe termen lung, După 18 luni de urmărire, grupul tratat nu doar şi-a menţinut câştigurile, dar a şi arătat o ameliorare continuă semnificativă statistic la cele mai multe măsurători doar cu şedinţe de terapie de grup de două ori pe săptămână în timpul perioadei de după externare (Bateman şi Fonagy, 2001). Grupul de control a dovedit doar o schimbare limitată în timpul aceleiaşi perioade.

Piatra unghiulară a acestei abordări în psihoterapia individuală şi de grup este dezvoltarea mentalizării. Un scop major este stabilizarea identităţii Sinelui, recunoscând că o lipsă de ataşament sigur în copilărie face să fie dificil pentru aceşti pacienţi să vadă că sunt recunoscuţi de părinţi sau de cei care-i îngrijesc. Când

pacienţii borderline încep terapia, ei pot să-l atace pe terapeut, dar acest atac va fi văzut ca un gest de speranţă – o dorinţă disperată pentru un nou început şi o speranţă fierbinte ca terapeutul să se ocupe de aspectele intolerabile ale Sinelui, care îi apar pacientului ca fiind incontrolabile. Relaţiile sunt absolut necesare pentru a stabiliza structura Sinelui prin externalizarea „Sinelui străin" în terapeut. În acest sens, Bateman şi Fonagy (2004 a) au enunţat: „Pacienţii borderline au nevoie de relaţii, se bucură de ele" (p. 41).

Unele tehnici esenţiale sunt critice faţă de această abordare. Terapeuţii trebuie să păstreze în propriile lor minţi o imagine clară şi coerentă asupra rolului lor de terapeut şi să menţină o atitudine care să ajute mentalizarea. În această poziţie, terapeuţii îşi pot permite să fie atraşi în lumea internă a pacientului prin acceptarea a ceea ce este proiectat în ei, dar şi prin menţinerea unei imagini clare şi coerente a propriei lor stări mintale în timp ce observă procesul. Un alt ingredient critic pentru creşterea mentalizării este de a demonstra posibilitatea unor perspective multiple asupra Sinelui pacientului şi asupra altora ori de câte ori este posibil. În terapia bazată pe mentalizare, terapeuţii încearcă să reprezinte starea resimţită de pacient în acel moment sau imediat înainte împreună cu reprezentările interne care o însoţesc (Bateman şi Fonagy, 2004 a). Accentul este pus pe relaţiile actuale şi pe dorinţele, credinţele şi sentimentele pacientului, astfel încât să-l ajute pe acesta să se familiarizeze cu lumea lui internă. Nu se pune accent pe reconstrucţia în transfer, iar distorsiunea de transfer este folosită în primul rând pentru a demonstra perspective alternative între terapeut şi pacient. Abordarea transferului este lentă şi gradată, bazată pe nivelul de anxietate al pacientului. Se pune mult accentul pe interpretări simple care arată cum crede terapeutul că

este văzut de pacient. Bateman şi Fonagy văd *procesul* de interpretare ca fiind mai important decât *conţinutul* deoarece acesta ajută pacientul să vadă că el există în mintea terapeutului.

Psihoterapia centrată pe transfer (PET) este o alta formă de terapie psihodinamică care a fost supusă unor studii riguroase (Clarkin et al., 2001, 2004). Acest model se bazează pe conceptualizarea organizării de personalitate de tip borderline a lui Kemberg. Ca şi în abordarea lui Bateman şi Fonagy, reprezentările mintale sunt văzute ca fiind derivate din internalizarea relaţiilor de ataşament cu cei care l-au crescut pe pacient şi care sunt repetate cu terapeutul. Componente-cheie ale modelului implică difuzia identităţii; probleme cu afectele negative, mai ales cu ostilitatea şi agresivitatea; şi o autoreglare slabă manifestată în comportamente impulsive. Tehnica se bazează în principal pe clarificare, confruntare şi interpretare în interiorul relaţiei de transfer care se dezvoltă între pacient şi terapeut. Şedinţele individuale de terapie au loc doar de două ori pe săptămână şi au o schemă de tratament structurată mai strâns, bazată pe un contract iniţial şi priorităţi clare ale tratamentului. În contrast cu terapia bazată pe mentalizare, există o centrare timpurie asupra transferului, mai ales asupra transferului negativ. De asemenea, terapia de grup nu este parte a abordării psihoterapeutice aşa cum este în modelul Unităţii de zi Halliwick. Medicaţia se prescrie în funcţie de nevoile pacientului. Supervizarea de grup săptămânală este parte a abordării exact aşa cum este în terapia bazată pe mentalizare.

Un studiu preliminar (Clarkin et al. 2001) care a folosit 23 de paciente borderline ca fiind propriii lor subiecţi de control a făcut evaluări la începutul şi la sfârşitul a 12 luni de tratament. În comparaţie cu anul anterior tratamentului, numărul de paciente care au avut

tentative de suicid a scăzut semnificativ, aşa cum au scăzut şi riscul medical şi severitatea afecţiunii după comportamentul autodistructiv. În comparaţie cu anul dinainte de cele 12 luni de tratament, pacientele au avut semnificativ mai puţine spitalizări ca număr şi ca zile de spitalizare la psihiatrie.

Mai recent, PET a fost comparată cu terapia suportivă şi cu TED într-un studiu randomizat şi controlat care a implicat cele trei tratamente. Nouăzeci de pacienţi cu TPB au fost supuşi prin randomizare unuia dintre cele trei tratamente (Clarkin et al., 2004). Descoperirile preliminare sugerează că toate cele trei grupuri au arătat semne similare de ameliorare, dar că pacienţii trataţi cu PET au arătat o mai mare creştere a mentalizării aşa cum a fost măsurată prin funcţionarea reflectivă (Levy, 2004).

Considerate împreună, aceste studii ilustrează că deşi nu există nicio „reparare rapidă" pentru TPB, acei pacienţi care rămân în terapia dinamică o perioadă substanţială de timp pot să prezinte o ameliorare semnificativă. Mai mult decât atât, aceste studii demonstrează, de asemenea, că suportul financiar pentru psihoterapia săptămânală pe o perioadă extinsă de timp se poate dovedi eficient drept cost pe termen lung. Pacienţii borderline, prin natura lor, caută tratament, şi dacă li se refuză accesul la psihoterapie, ei vor determina costuri crescute prin prezentarea la serviciile de urgenţă cu supradoze care necesită terapie intensivă sau spitalizare la psihiatrie, prin consultaţii la alţi medici specialişti şi prin creşterea unor aşa-zise costuri indirecte din cauza incapacităţii de muncă pe o perioadă extinsă (Gabbard, 1997). Bateman şi Fonagy (2003) au examinat costurile de utilizare a serviciilor de sănătate pentru pacienţii borderline trataţi în programul Unităţii de zi Halliwick şi le-au comparat cu cele ale pacienţilor aflaţi în îngrijire psihiatrică generală. Ei au găsit costurile spitalizării

parţiale orientate psihanalitic ca fiind compensate de mai puţine spitalizări psihiatrice şi de tratamentul redus în secţiile de urgenţă. După externare, costul mediu anual monitorizat al îngrijirilor de sănătate pentru grupul tratat a fost de o cincime din cel pentru grupul aflat în îngrijire psihiatrică generală.

Deşi studiul lui Linehan şi al colegilor săi (1991) care a demonstrat eficacitatea TED pentru pacienţii borderline nu era un studiu de psihoterapie dinamică, este interesant că se pot trage concluzii similare din acea abordare. După ce au fost trataţi cu terapie individuală o dată pe săptămână şi terapie de grup o dată pe săptămână timp de un an, s-a constatat că pacienţii din acest studiu şi-au redus zilele lor de spitalizare psihiatrică la o medie de 8, 46 pe an, pe când cei din grupul de control care au primit „tratament ca de obicei" au avut o medie de 38, 86 de zile de spitalizare pe an. Chiar când a fost inclus costul şedinţelor de terapie individuală şi de grup, cercetătorii au calculat că TED a economisit anual 10.000 de dolari pe pacient (Heard, 1994).

Această trecere scurtă în revistă a cercetărilor empirice asupra psihoterapiei dinamice pe termen lung a pacienţilor borderline sugerează că tratamentul este valoros, atât din punctul de vedere al ameliorărilor substanţiale apărute în urma terapiei, cât şi din punctul de vedere al raportului cost-eficienţă. Poate că situaţia cea mai rea pentru pacienţii borderline în psihoterapie este situaţia frecventă de organizare a tratamentului în care pacienţii nu ştiu de la săptămână la săptămână dacă psihoterapia lor va fi prelungită. Pacienţilor care sunt extrem de anxioşi faţă de posibilitatea abandonului, precaritatea acestui aranjament le induce o anxietate de separare covârşitoare, bazată pe teama că ei ar putea fi rupţi de terapeutul lor în orice moment.

Abordări expresive versus abordări suportive

Deşi terapia psihodinamică individuală pentru pacienţii cu TPB poate fi extrem de folositoare, practic toţi clinicienii vor fi de acord că aceasta este extraordinar de provocatoare şi de solicitantă emoţional pentru terapeut. Clinicienii care doresc să se angajeze într-o psihoterapie intensivă cu pacienţii borderline trebuie ori să fie experimentaţi, ori să fie supervizaţi de colegi experţi. Chiar cei cu o experienţă considerabilă trebuie să se consulte regulat cu un terapeut respectat şi care are multe cunoştinţe pentru a se asigura că punctele oarbe din contratransfer nu au dat naştere unor dificultăţi neaşteptate.

Deşi clinicienii simt frecvent în dezacord în legătură cu răspunsul la întrebarea dacă psihoterapia ar trebui să fie orientată predominant spre capătul expresiv sau suportiv al continuumului expresiv-suportiv, ei sunt de acord că aceşti pacienţi sunt susceptibili să părăsească psihoterapia, să treacă la act în mod autodistructiv, să formuleze cereri neobişnuite pentru un tratament special din partea terapeuţilor lor, să provoace terapeuţii la transgresări prost sfătuite ale limitelor profesionale şi să-i chinuie cu telefoane neobosite la toate orele din zi şi din noapte. O problemă majoră în psihoterapia indivizilor borderline este natura precară a alianţei terapeutice (Adler, 1979; Gabbard et al., 1988; Gorney, 1979; Horwitz et al., 1996; Kemberg, 1976; Masterson, 1976; Modell, 1976; Zetzel, 1971). Aceşti pacienţi au o mare dificultate în a-şi vedea terapeutul ca pe o figură care ajută şi care lucrează în colaborare cu ei în direcţia unor scopuri recunoscute mutual.

În Proiectul McLean asupra angajării în psihoterapie a pacienţilor borderline (vezi Franck, 1992), 60 dintre primii 60 de pacienţi studiaţi şi-au întrerupt terapia în decursul a 6 luni. Evaluările motivelor pentru această proporţie de abandon substanţială au sugerat că mai mult

de 77 au avut greutăţi să dezvolte o alianţă cu terapeuţii lor. După 6 luni de tratament, alianţele terapeutice solide încă erau neobişnuite, chiar printre pacienţii care au continuat terapia.

Mult din controversele din literatură cu privire la valoarea relativă a intervenţiilor expresive versus suportive se desfăşoară în jurul întrebării cu privire la care abordare este mai susceptibilă să stimuleze dezvoltarea şi menţinerea alianţei terapeutice. Fără o alianţă terapeutică rudimentară, terapeutul poate să nu aibă pacient.

Această controversă în legătură cu meritele relative ale intervenţiilor expresive şi suportive se reflectă în descoperirile contradictorii ale Proiectului de cercetare în psihoterapie al Fundaţiei Menninger. Studiul cantitativ al proiectului (Kemberg et al., 1972) a arătat că pacienţii borderline trataţi de psihoterapeuţi pricepuţi care s-au centrat intenţionat pe transfer au avut o evoluţie semnificativ mai bună decât aceea a celor trataţi de terapeuţi pricepuţi care s-au centrat mai puţin pe transfer. În contrast cu aceasta, studiul predictiv al proiectului (Horwitz, 1974), folosind evaluări atât cantitative, cât şi calitative ale procesului, de tratament, a sugerat că o serie de pacienţi, dintre care unii erau borderline şi erau trataţi prin metode predominant suportive, au avut câştiguri mai mari în tratament suportiv decât era anticipat. Aşa cum este descris în Capitolul 4, examinarea datelor din acest proiect făcută de Wallerstein (1986) a sugerat că toate tratamentele se caracterizau printr-un amestec de intervenţii expresive şi suportive. Aceste descoperiri aparent contradictorii în ceea ce priveşte centrarea pe transfer au rămas nerezolvate, în parte deoarece concepţia originară a studiului avea câteva deficienţe relevante pentru această problemă: 1) categoria diagnostică specifică de TPB nu a fost folosită; 2) nu s-a efectuat un studiu de proces detaliat, astfel încât dezvoltările esenţiale

ale tratamentului au putut fi doar aproximate în mare la sfârşitul tratamentului şi 3) alianţa terapeutică nu era una dintre variabilele proiectului. Retrospectiv totuşi, studiul de predicţie a găsit alianţa terapeutică folositoare în conceptualizarea rezultatelor (Horwitz, 1974).

Mult din controversa actuală care înconjoară psihoterapia cu pacienţii borderline poate fi înţeleasă ca un alt exemplu nefericit al abordării „fie/fie" pentru aplicarea teoriei la practica clinică, discutată pe larg în Capitolul I. Ambele abordări sunt utile pentru *unii* pacienţi în *anumite* puncte ale tratamentului (Gabbard et al., 1994; Horwitz et al., 1996). Avem de-a face cu un spectru de pacienţi foarte eterogeni care necesită abordări psihoterapeutice concepute individual (Meissner, 1988). În mare parte, aceleaşi indicaţii pentru accentul expresiv sau suportiv (vezi Tabelul 4 – 1 în Capitolul 4) care ghidează munca clinicianului cu alte categorii diagnostice se aplică şi psihoterapiei cu pacienţii borderline.

Din cauza acestor temeri, Proiectul de intervenţii terapeutice al Clinicii Menninger a studiat procesul detaliat al şedinţelor reprezentative pentru trei cazuri de terapie dinamică pe termen lung a unor pacienţi borderline la Clinica Menninger (Gabbard et al., 1988; 1994; Horwitz et al., 1996). Toate şedinţele celor trei procese psihoterapeutice au fost înregistrate şi două grupe de investigatori au lucrat pe transcrierile dactilografiate ale unor ore de psihoterapie selectate prin randomizare. O echipă de trei cercetători clinicieni au cotat intervenţiile pe baza gradului lor de expresivitate sau de suportivitate. Aşa cum este descris în Capitolul 4, intervenţiile au fost cotate, de la capătul expresiv la cel suportiv al continuumului, după cum urmează: interpretare, confruntare, clarificare, încurajare de a elabora, validare empatică, sfat şi laudă, şi afirmare. Fiecare dintre aceste şapte intervenţii a fost, de asemenea, clasificată ca având

o centrare fie pe problemele de transfer, fie pe cele de contratransfer. O echipa separată formată din trei judecători clinicieni a evaluat colaborarea pacientului cu terapeutul ca o măsură a alianţei terapeuticeludecătorii au fost interesaţi în primul rând să detecteze schimbările în sus şi în jos în colaborarea pacientului, aşa cum sunt măsurate de faptul că pacientul aduce în terapie un conţinut semnificativ sau dacă foloseşte productiv contribuţiile terapeutului. Am fost deosebit de interesaţi să determinăm dacă schimbările pot fi corelate cu intervenţiile terapeutului.

Una dintre concluziile la care am ajuns a fost că interpretările de transfer sunt o intervenţie de tip „risc mare, câştig mare" în psihoterapia dinamică a pacienţilor borderline. Ele tind să aibă un impact mai mare – atât pozitiv, cât şi negativ – faţă de alte intervenţii în terapia cu aceşti pacienţi. Pe când în unele cazuri ele au avut drept rezultat o ameliorare substanţială a abilităţii pacientului de a colabora cu terapeutul, în altele, ele au dus la o deteriorare marcată a acelei colaborări.

În eforturile noastre de a determina care interpretări de transfer cresc colaborarea şi care au avut drept rezultat deteriorarea alianţei terapeutice, am găsit câţiva factori-cheie în acţiune. Mai întâi, a pava calea pentru interpretările de transfer cu aprecierea afirmativă a experienţei interne a pacientului poate fi de o importanţă crucială. Chirurgii au nevoie de anestezic înainte de a putea să opereze. Psihoterapeutul are nevoie să creeze un mediu conţinător prin validarea empatică a experienţei pacientului înainte de a oferi o interpretare a dinamicii inconştiente. Abordările expresive şi suportive sunt frecvent polarizate artificial, când de fapt cele două lucrează în sinergie în cele mai multe situaţii psihoterapeutice.

Într-un studiu al unor pacienţi borderline care au

întrerupt psihoterapia prematur, Gunderson et al. (1898) au găsit că mai mult de jumătate dintre cei care au abandonat au plecat mânioşi după o confruntare timpurie făcută de terapeut. Aceste descoperiri i-au făcut pe Gunderson şi pe colegii săi să susţină folosirea unor tehnici mai suportive pentru a construi alianţa în primii timpi ai terapiei. Ei au subliniat şi importanţa recunoaşterii realităţii traumei timpurii sub forma abuzului în copilărie la mulţi dintre aceşti pacienţi (Gunderson şi Chu, 1993; Gunderson şi Sabo, 1993). Au observat că terapeuţii pot fi în stare să construiască o alianţă terapeutică mai puternică prin validarea şi recunoaşterea efectelor traumei timpurii asupra capacităţii pacientului de a forma relaţii de încredere la vârsta adultă.

Tendinţa de a forţa interpretările de transfer asupra unor pacienţi nepregătiţi care sunt orientaţi către externalizare şi acţiune mai degrabă decât către reflecţie poate să rezulte din înclinaţia multor analişti şi terapeuţi dinamici către strategii expresive mai degrabă decât suportive.

Gunderson (1992) a reflectat obiectiv asupra propriei sale tendinţe de a împinge pacienţii să se angajeze în lucrul asupra transferului, în timp ce recunoştea insuficient că funcţionarea lor în afara terapiei se ameliorase foarte mult. A recunoscut că ocazional a făcut greşeala să se preocupe de eşecul pacientului de a colabora în autoobservaţie mai degrabă decât să sprijine activ ameliorarea substanţială în funcţionare a acestuia.

Deşi abordarea terapeutică variază în funcţie de nevoile pacientului, câteva principii tehnice se aplică destul de larg la majoritatea pacienţilor cu diagnosticul de borderline.

A menţine flexibilitatea. O atitudine terapeutică flexibilă este necesară pentru tratamentul optim al pacienţilor cu TPB. Drept regulă generală, pacienţii

borderline cu funcţionare înaltă, cu o forţă a Eului mai mare şi cu un grad mai mare de gândire orientată psihologic vor fi mai degrabă în stare să folosească psihoterapia orientată expresiv decât cei mai aproape de limita psihotică şi care vor necesita un accent suportiv. Cei mai mulţi vor avea nevoie de o atitudine flexibilă din partea terapeutului, cu schimbări între intervenţiile interpretative şi noninterpretative direcţionate către starea relaţiei pacientului cu terapeutul la un moment dat. Nicio teorie nu poate izola probabil terapeutul de afectele emoţionale tumultuoase resimţite de ambii parteneri ai diadei. Cei mai mulţi terapeuţi se trezesc folosind o abordare pe încercate, până când pot determina clar care intervenţii sunt mai eficiente cu un anumit pacient.

Din cauza unor temeri bine fondate în legătură cu posibilitatea de a transgresa limitele cu pacienţii borderline (Gabbard, 2003; Gabbard şi Wilkinson, 1994; Gutheil, 1989), terapeutul începător poate să ia o poziţie reţinută care poate fi resimţită de pacient drept îndepărtată şi rece. Pacientul poate atunci să părăsească terapia din cauza lipsei aparente de răspuns din partea terapeutului. Terapeutul trebuie să facă eforturi pentru o spontaneitate disciplinată în care sunt menţinute atitudinea şi limitele profesionale – dar în contextul unei interacţiuni umane recunoscute care implică două persoane ce se luptă să se cunoască una pe cealaltă. Este util să ne gândim la dimensiunea de caracter a pacientului borderline ca implicând o încercare continuă de a actualiza unele modele de relaţii interne de obiect într-o relaţie curentă (Gabbard, 1998; Sandler, 1981). Prin comportamentul său, pacientul încearcă în mod subtil să le impună altora un anumit fel de a răspunde şi de a simţi. Terapeuţii trebuie să-şi permită suficientă flexibilitate pentru a răspunde spontan la forma de relaţie de obiect care le este impusă. Cu alte cuvinte, terapeutul se alătură

unui „dans” bazat pe muzica specifică din interiorul pacientului, care aduce o bogăţie de informaţii despre dificultăţile caracteristice ale pacientului în relaţiile interumane din afara situaţiei transferenţiale şi contra transferenţiale. Acest răspuns trebuie să fie, desigur, atenuat şi parţial, iar terapeutul trebuie să încerce să menţină o atitudine reflexivă în ceea ce priveşte „dansul”.

A stabili condiţii care fac psihoterapia viabila. Din cauza naturii haotice a vieţii pacientului borderline, stabilitatea trebuie impusă din surse exterioare devreme în cursul procesului. În consultaţiile din preterapie şi pe parcursul evoluţiei terapiei, psihoterapeutul trebuie să stabilească şi să restabilească ce implică terapia şi cum diferă de alte relaţii. Printre subiectele care ar trebui acoperite, sunt expectaţiile clare despre plata şedinţelor, orele constante de programare, nevoia de a opri şedinţele la timp chiar dacă pacientul poate dori să stea mai mult şi o politică explicită în legătură cu consecinţele şedinţelor la care pacientul lipseşte. În plus, cu un pacient borderline suicidar, terapeutul poate să dorească să stabilească clar că, în situaţia de risc suicidar acut, este imposibil pentru terapeut să-l împiedice pe pacient să acţioneze conform impulsurilor sale, şi că poate fi necesară spitalizarea. La un pacient care abuzează de substanţă, terapeutul poate avea nevoie să insiste ca pacientul să participe la şedinţele Narcoticilor Anonimi sau Alcoolicilor Anonimi ca o condiţie a tratamentului. Când medicaţia este evident indicată, se poate ca terapeutul să aibă nevoie să arate clar că voinţa pacientului de a încerca tratamentul medicamentos este o componentă esenţială a planului de tratament global. Pe lângă stabilirea condiţiilor care vor face viabilă psihoterapia, terapeutul îi comunică pacientului şi limitele sale proprii. Această comunicare este frecvent nepotrivită cu aşteptările pacientului ca terapeutul să fie un salvator omnipotent. Drept urmare, acest dialog duce direct la o

discuţie despre ceea este şi nu este terapia.

În faza consultaţiilor din preterapie, abordarea psihoterapiei centrate pe transfer este de a stabili un „contract" cu pacientul (Clarkin et al., 2001; Kemberg et al., 1989). Ca parte a stabilirii acestui contract, terapeutul arată clar că nu ţine de rolul psihoterapeutului să se implice în acţiunile din viaţa pacientului în afara şedinţelor. Drept urmare, terapeutul nu se aşteaptă să primească telefoane între şedinţe şi arată clar că disponibilitatea sa este destul de limitată. Totuşi această abordare poate interfera cu dezvoltarea unui ataşament stabil faţă de terapeut, mai ales dacă condiţiile „contractului" par imposibile pentru pacient. Cum a arătat Gunderson (1996, 2001), pacientul poate avea reacţii recurente de panică din cauza memoriei de evocare slab dezvoltate şi poate să aibă nevoie să-l sune periodic pe terapeut pentru a dezvolta o reprezentare stabilă care să poată fi internalizată. Gunderson a sugerat că terapeutul trebuie să discute disponibilitatea sa dintre şedinţe doar *după* ce pacientul iniţiază o discuţie despre aceasta. El a sugerat, şi eu sunt de acord, ca pacienţilor să li se spună că terapeutul doreşte să fie contactat în caz de urgenţă. Această posibilitate evită un început al procesului pe poziţii adverse şi-l face frecvent pe pacient să se simtă înţeles şi „susţinut" în sensul de care vorbeşte Winnicott. Dacă apar telefoane între şedinţe, Gunderson a recomandat ca telefoanele să se afle în centrul explorării în munca terapeutică. Pe măsură ce terapeutul ajunge să recunoască frica de singurătate a pacientului şi înţelesul său legat de procesul de dezvoltare, poate fi facilitată dezvoltarea de către pacient a unor introiecte liniştitoare şi cu capacitate de conţinere – aşa cum le-a descris Adler. Dacă telefoanele devin excesive, pot fi impuse limite clare, în timp ce sunt şi explorate înţelesul şi semnificaţia contactelor dintre şedinţe.

A permite transformarea în obiectul rău. Una dintre provocările cele mai dificile în psihoterapia pacienţilor borderline este de a tolera şi de a conţine mânia intensă, agresivitatea şi ura pacientului. Terapeuţii se simt frecvent acuzaţi în mod fals, şi o voce interioară vrea să-l întrebe pe pacient: „Cum este posibil să mă acuzi că sunt inutil când încerc din greu să te ajut?”. Este de ajutor să ne amintim că aceşti pacienţi au internalizat un introiect detestat şi posibil abuziv pe care încearcă cu disperare să-l externalizeze prin identificare proiectivă în dimensiunile transferenţiale şi contratransferenţiale ale diadei. Pacienţii borderline caută „un obiect suficient de rău” (Rosen, 1993). Într-un fel paradoxal, pacienţii găsesc că este previzibil, familiar şi chiar liniştitor să recreeze cu terapeutul o relaţie de obiect internă sado-masochistă din copilărie. Când terapeutul rezistă la această transformare, pacienţii pot să fie nevoiţi să amplifice provocarea şi să încerce încă şi mai mult să transforme terapeutul (Fonagy, 1998). Bateman şi Fonagy (2004 a, 2004 b) ar descrie această transformare ca o acceptare a nevoii pacientului de a externaliza „Sinele străin”.

Terapeuţii care se apără împotriva agresivităţii crescânde din interiorul lor pot să depună eforturi pentru a fi din ce în ce mai sfinţi ca răspuns la atacurile verbale ale pacienţilor. Ei pot, de asemenea, să facă interpretări de transfer care încearcă să-l forţeze pe pacient să-şi ia înapoi ostilitatea mai degrabă decât s-o proiecteze în terapeut. Alternativ, terapeutul poate să se retragă subtil din investirea emoţională în pacient, sperând conştient sau inconştient că pacientul va părăsi terapia şi va găsi pe altcineva pe care să-l chinuie. O altă alternativă, mai neaşteptată, este ca terapeutul să înceapă să facă comentarii ostile sau sarcastice sau chiar să explodeze de mânie în faţa pacientului. A permite transformarea în obiectul rău nu înseamnă că terapeutul îşi pierde orice

sens al cadrului profesional. Aceasta cere mai degrabă ca terapeutul să funcţioneze ca un container care acceptă proiecţiile şi încearcă să le înţeleagă şi să le păstreze pentru pacient până când acesta este din nou în stare să ţină pentru sine aceste aspecte proiectate, aşa cum este descrisă în Capitolul 14 abordarea pacienţilor paranoizi. Aşa cum am descris în altă parte (Gabbard şi Wilkinson, 1994), „starea de spirit optimă pentru terapeuţi este când ei îşi pot permite să fie «supţi» în lumea pacientului în timp ce îşi păstrează abilitatea de a o observa în acţiune în faţa ochilor lor. Într-o asemenea stare, terapeuţii îşi gândesc cu adevărat propriile gânduri, chiar când sunt într-o anumită măsură sub influenţa pacientului" (p. 82).

Multe cazuri de management prost al ameninţărilor cu suicidul simt corelate cu o dorinţă contratransferenţială a terapeutului de a evita să fie obiectul rău (Gabbard, 2003). Pacienţii borderline îi sugerează frecvent terapeutului că ei vor fi conduşi la suicid din cauza insuficienţelor terapeutului (Maltsberger, 1999). Aceste acuzaţii alimentează dubiile terapeuţilor şi activează propria lor anxietate de abandon, astfel încât terapeuţii aflaţi în această situaţie pot încerca să-şi demonstreze grija prin măsuri eroice pentru a căuta să-l salveze pe pacient, un răspuns contratransferenţial la care m-am referit ca la „desidentificarea cu agresorul" (Gabbard, 2003). Rezultatul poate fi ca pacientul să exercite un control omnipotent asupra terapeutului – ceea ce Maltsberger (1999) a numit *sclavia sub coerciţie.* În acest scenariu, terapeutul îşi asumă toată răspunderea pentru supravieţuirea pacientului, în loc să-i permită acestuia să accepte cea mai mare parte a responsabilităţii pentru propria sa viaţă sau moarte, ceea ce este imperativ dacă intenţia este ca el să fie mai bine în final.

A promova mentalizarea. Una dintre provocările cele mai mari în psihoterapia cu pacienţii borderline este de a

avea de-a face cu percepţiile de transfer care sunt încuiate într-un mod de echivalenţă psihică în care pacienţii îşi văd percepţiile lor asupra realităţii ca absolute mai degrabă decât ca pe una dintre mai multe posibilităţi bazate pe factori interni.

O pacientă de 28 de ani era în terapie de 6 luni, când un eveniment aparent minor într-o şedinţă de terapie a declanşat o reacţie majoră. Când mai erau cinci minute din şedinţă, ea a început să vorbească despre vizita făcută familiei sale în timpul sărbătorilor de ziua Recunoştinţei. Ea a spus că s-a simţit neimportantă pentru tatăl ei, deoarece el a părut mult mai interesat de activităţile fratelui ei decât de ale ei. În timpul acestei discuţii, terapeutul s-a uitat la ceasul de pe perete, ştiind că timpul era pe sfârşite şi vrând să vadă dacă mai avea timp să facă o observaţie despre presupunerea ei în ceea ce priveşte sentimentele tatălui faţă de ea. Pacienta s-a oprit şi a privit în jos. Terapeutul a întrebat ce nu era în regulă. După câteva momente de tăcere, ea a izbucnit în lacrimi şi a spus: „Nu puteţi să aşteptaţi ca eu să ies din birou! Îmi pare rău dacă vă plictisesc! Ştiam eu de mult că nu mă puteţi suferi şi faceţi aceasta doar pentru bani. O să plec acum dacă aşa vreţi”.

Terapeutul a fost luat prin surprindere şi a replicat, oarecum defensiv, că el monitoriza timpul doar pentru ca voia să fie sigur că avea timp să spună ceva înainte ca şedinţa să se termine. Pacienta a replicat spunând: „Frumoasă încercare de a ieşi din asta. Credeţi că am să vă cred?”. Terapeutul, accentuându-şi poziţia defensivă, a enunţat cu forţă: „Credeţi sau nu credeţi, acesta-i adevărul”. Pacienta

a fost inflexibilă: „Am văzut ceea ce am văzut”. Şi-a pus mâna ferm pe masa de lemn de lângă scaunul ei şi a ridicat tonul: „Este ca şi cum mi-aţi spune că masa aceasta nu este din lemn!”. Simţindu-se la fel de neînţeles ca şi pacienta, terapeutul a continuat: „Tot ceea ce spun este aceasta: este posibil ca eu să mă fi uitat la ceas pentru alte motive decât cele pe care mi le atribuiţi. Exact aşa cum faceţi presupunerile despre tatăl dumneavoastră”. Pacienta a devenit şi mai insistentă ca reacţie la eforturile terapeutului de a-i oferi alte posibilităţi: „Acum încercaţi să spuneţi că nu am văzut ceea ce am văzut! Aţi putea cel puţin să admiteţi asta!”

În această vinietă, psihoterapeutul se luptă să trateze convingerea aproape delirantă a acestei paciente conform căreia percepţia ei este o reflectare directă a realităţii mai degrabă decât o reprezentare a realităţii bazată pe sentimente, credinţe interne şi experienţe trecute. Acest eşec în a mentaliza, caracterizat prin modul de echivalenţă psihică, poate să facă extrem de dificil să lucrăm cu problemele de transfer. Pacienţii aflaţi în acest mod de funcţionare sunt convinşi că viziunea lor asupra terapeutului este „corectă”, deoarece sunt incapabili să se „joace” în transfer; ei nu sunt în stare să intre în modul „ca şi cum” şi să reflecteze asupra lumii lor interne şi a altora.

În această vinietă, pacienta se simte terorizată şi nu mai poate gândi sau reflecta din cauza retrăirii unor relaţii de obiect interne din trecut bazate pe traumă. Observaţi, de asemenea, cum intensitatea acuzaţiei pacientei erodează capacitatea terapeutului de a gândi, astfel încât el îşi accentuează poziţia defensivă până la punctul în care a devenit efectiv o versiune a obiectului persecutor de care ea se temea. Acest proces de identificare proiectivă, în care terapeutul este obligat să joace un rol în drama

internă a pacientei, poate să-i determine pe terapeuţi să-şi piardă temporar propria capacitate de mentalizare sub presiunea exercitată de pacient (Gabbard, sub tipar). Cu alte cuvinte, terapeutul insista că doar propria sa versiune asupra realităţii era validă. Pacienţii borderline pot astfel coloniza mintea terapeuţilor ca o modalitate de a extrage şi a controla pericolul perceput din interior. Terapeutul a devenit în mod clar obiectul rău persecutor.

Convingerea aproape delirantă a pacientului poate să-i facă pe terapeuţi să se îndoiască de ei înşişi. A promova mentalizarea în asemenea condiţii poate fi extraordinar de provocator. Aşa cum am descris mai înainte, interpretarea înţelesului punerilor în act poate fi prematură pentru pacienţii care nu sunt în stare să mentalizeze. Poate fi mult mai util să ajutăm asemenea pacienţi să elaboreze asupra stării emoţionale care ar fi putut să declanşeze punerea în act (Fonagy, 1998). De exemplu, o pacientă a venit la terapie spunând că mâncase impulsiv 10 dulciuri în seara precedentă. Terapeutul i-a cerut să elaboreze asupra a ceea ce i-a declanşat criza de supraalimentare. Deşi a spus iniţial că nu ştie, pe măsură ce terapeutul a continuat să o preseze uşor în direcţia unor posibili factori precipitanţi şi a unor stări emoţionale, pacienta şi-a amintit totuşi că un bărbat pe care-l cunoscuse îi telefonase pentru a o invita la o întâlnire. A spus apoi că dacă ar fi ieşit să ia masa cu el, el s-ar fi uitat fără îndoială la ea ca la un „porc gras” şi n-ar mai fi invitat-o niciodată. Astfel încât a închis telefonul şi s-a dus la magazin să cumpere dulciuri. Prin această încurajare de a înţelege starea emoţională care a precipitat punerea în act, terapeutul a ajutat-o şi să stabilească o conexiune între sentimente şi acţiuni. Cu alte cuvinte, criza nu a apărut din senin. Mai degrabă, a apărut din sentimente de autoaversiune şi anxietate legate de invitaţia la cină din partea bărbatului pe care-l întâlnise.

O altă cale de a promova mentalizarea este de a observa schimbările sentimentelor pacientului de la o clipă la alta, astfel încât pacientul să poată eventual internaliza observaţiile terapeutului asupra stării lui interne. În plus, este util să încurajăm fantasmele pacientului despre starea internă a terapeutului (adică, în sensul cel mai larg, contratransferul terapeutului). Drept urmare, Gunderson (1996) a sugerat că atunci când este sunat în mijlocul nopţii, terapeutul poate să exploreze fantasma pacientului în şedinţa următoare întrebând: „Cum te-ai gândit că m-aş simţi eu în legătură cu telefonul tău?”. O altă tehnică pentru a încuraja mai multă reflecţie este de a ajuta pacientul să gândească despre consecinţele comportamentelor autodistructive (Waldinger, 1987). Multe dintre comportamentele autodistructive ale pacienţilor borderline simt puse în act în urgenţa momentului fără a lua în considerare consecinţele eventuale ale acestor acte. Prin întrebări repetate în legătură cu consecinţele adverse potenţiale ale unor asemenea comportamente, terapeutul poate să le facă mai puţin aducătoare de gratificaţii pentru pacient.

A pune limite când este necesar. Mulţi pacienţi borderline resimt limitele profesionale obişnuite ca reprezentând o deprivare crudă şi cu scop de pedeapsă din partea terapeutului. Ei pot să ceară demonstraţii mai concrete de grijă, cum ar fi îmbrăţişări, şedinţe extinse, scăderi ale preţului şi disponibilitate permanentă (Gabbard şi Wilkinson, 1994). Unii terapeuţi care au sentimente de vinovăţie în ceea ce priveşte punerea de limite pot începe să depăşească limitele profesionale cu pacienţii borderline în numele flexibilităţii sau al prevenirii suicidului (Gabbard, 1989 c; Gutheil, 1989). De exemplu, un terapeut a început să vadă o pacientă de două ori pe săptămână pentru psihoterapie, dar, într-un an, a ajuns să o vadă de şapte ori pe săptămână. Duminica, el făcea un drum

special la birou doar pentru a o vedea pe această pacientă. Când un consultant a pus sub semnul întrebării comportamentul său, terapeutul l-a apărat ca fiind necesar pentru a împiedica pacienta să se sinucidă. El a recunoscut şi că i-a permis pacientei să stea pe picioarele lui în timpul şedinţelor, justificându-şi comportamentul ca pe o cale de a-i procura pacientei grija maternă de care nu avusese parte în copilărie. O pacientă a insistat că doar un orgasm indus de terapeutul său ar putea duce la ameliorarea stării ei. Ea a ameninţat că se va sinucide dacă terapeutul nu va fi compliant. După ce doi terapeuţi diferiţi i-au satisfăcut cererile, ea s-a sinucis oricum – expresiile lor greşite de „grijă" au eşuat fie în a se adresa problemelor ei de bază, fie în a-i uşura durerea emoţională (Eyman şi Gabbard, 1991). Dinamica transferului erotic şi erotizat este discutată mai complet în Capitolul 18, dar sfârşitul tragic al acestei paciente subliniază inutilitatea încercării de a gratifica cererile pacienţilor. Cu cât gratificarea primită de pacienţii borderline este mai greşită, cu atât ei devin mai insaţiabili.

Pe de altă parte, terapeutul nu poate menţine distanţa emoţională şi o lipsă de reacţie totală la cererile emoţionale ale pacientului. Un ghid util este distincţia făcută de Casement (1985) între „cereri libidinale" şi „cereri legate de nevoi de creştere". Primele nu pot fi gratificate fără să pună serios în primejdie tratamentul şi fără comiterea unor compromisuri etice serioase. Ultimele nu pot fi frustrate fără a se împiedica creşterea. Deşi constanţa este parte din crearea unui mediu conţinător pentru pacient, răspunsul empatie la nevoile în schimbare ale pacientului este, de asemenea, un factor critic în menţinerea alianţei terapeutice.

Mare parte din greutate constă în sentimentul terapeutului de a fi crud şi sadic când întăreşte limitele rezonabile impuse punerilor în act ale pacientului.

Paradoxal totuşi, mulţi pacienţi care cer o mai mare libertate se simt mai rău când aceasta le este acordată. Într-un studiu colateral al Proiectului de cercetare în psihoterapie al Fundaţiei Menninger, Colson et al. (1985) au examinat cazurile cu evoluţie negativă. Un numitor comun a fost eşecul terapeutului de a pune limite comportamentelor de acting out. În schimb, terapeutul doar continua să interpreteze motivaţiile inconştiente pentru acting out în timp ce starea pacientului se deteriora.

Într-un rezumat succint al grupului de comportamente care necesită punerea de limite, Waldinger (1987) le-a identificat pe cele care ameninţă siguranţa terapeutului sau a pacientului şi pe cele care pun în primejdie psihoterapia însăşi. Suicidul este un risc omniprezent cu pacienţii borderline, şi terapeuţii trebuie să fie pregătiţi să-şi spitalizeze pacienţii când aceste impulsuri devin copleşitoare. Terapeuţii sunt frecvent puşi în poziţia imposibil de susţinut de a încerca eroic să trateze pacienţi letali prin păstrarea permanentă a contactului cu ei. Un terapeut a sfârşit prin a-i vorbi la telefon unei paciente borderline timp de o oră în fiecare noapte pentru a o împiedica să se sinucidă.

A stabili şi a menţine o alianţă terapeutică. Aşa cum am descris mai devreme în acest capitol, alianţa terapeutică este o construcţie alunecoasă în psihoterapia pacienţilor borderline. Din cauza relaţiilor de obiect interne haotice ale pacientului, este probabil ca terapeutul să se transforme fie într-un adversar, fie într-un salvator idealizat în tot cursul tratamentului. Este util pentru terapeut să-l aducă pe pacient înapoi la scopurile psihoterapiei stabilite în comun atunci când procesul devine deosebit de dificil. Un mesaj repetat pacientului trebuie să fie acela că terapia nu e obligatorie. Este un proces ales de pacient pentru a lucra asupra unor scopuri

specifice care provoacă suferinţă. Pacienţii uită frecvent de acele scopuri, şi recapitularea lor îi ajută să-şi amintească că terapeutul este un aliat care lucrează în colaborare cu ei.

A se ocupa de clivajul dintre psihoterapie şi farmacoterapie. Aşa cum am subliniat în Capitolul 5, farmacoterapia necesită aceeaşi înţelegere psihodinamică precum psihoterapia. Dacă acelaşi psihiatru se ocupă atât de farmacoterapie, cât şi de psihoterapie pentru un pacient borderline, acel clinician trebuie să evite clivajul medicaţiei ca o problemă administrativă care nu necesită explorare. Aceleaşi teme psihodinamice – transferul, contratransferul şi rezistenţa – care se aplică psihoterapiei se aplică şi actului de a prescrie. Într-un studiu asupra unor terapeuţi dinamici care erau foarte experimentaţi în tratarea pacienţilor borderline (Waldinger şi Frank, 1989), cei investigaţi au indicat că ei erau mai susceptibili să prescrie medicamente atunci când se simţeau pesimişti în legătură cu abilitatea unui anumit pacient de a lucra în psihoterapie. Ei au raportat şi că aproape jumătate dintre pacienţii lor au folosit greşit medicamentele prescrise. Acest abuz era în strânsă legătură cu teme de transfer, şi investigatorii au sugerat că terapeuţii ar trebui să exploreze activ fantasmele pacientului în legătură cu medicaţia pentru a preveni erorile. Poate să existe un transfer idealizant pe medicaţie, considerată un panaceu care va rezolva toate problemele pacientului. Medicaţia poate, de asemenea, să fie percepută ca un mijloc prin care terapeutul speră să preia controlul asupra vieţii pacientului. Terapeuţii care le prescriu medicamente pacienţilor lor trebuie să-i ajute să înţeleagă că scopurile simt modeste – şi anume să modifice simptomele afective, impulsive sau cognitive, astfel încât să faciliteze procesul psihoterapeutic.

Dacă farmacoterapia şi psihoterapia sunt în grija a

doi clinicieni diferiţi, pericolul de a cliva medicaţia de terapie este chiar mai mare. Ar trebui să existe o înţelegere că ambii terapeuţi sunt parte a aceleiaşi echipe şi că vor avea nevoie să discute tratamentul în mod deschis. Un impediment major pentru a regla comunicarea dintre psihoterapeut şi medicul care prescrie este faptul că timpul petrecut cu astfel de discuţii este rareori plătit de asigurări. Totuşi absenţa de comunicare procură un teren fertil pentru clivaj. Pacientul îl poate idealiza pe farmacoterapeut ca pe un doctor omenos şi cu simţ de răspundere care încearcă să uşureze disconfortul şi suferinţa – în contrast cu psihoterapeutul, care îl împinge continuu pe pacient să reflecteze asupra materialului dureros din punct de vedere emoţional şi să-l înţeleagă. Invers, doctorul care prescrie poate fi văzut ca grăbindu-l pe pacient să iasă din birou în 15 minute, pe când psihoterapeutul îşi ia timp să asculte şi să înţeleagă. În absenţa unor discuţii regulate despre clivajul de transfer între cei doi terapeuţi, tratamentul poate deveni destul de haotic. Farmacoterapeutul şi psihoterapeutul, precum şi oricare alt membru din echipa terapeutică trebuie să aibă o înţelegere clară în privinţa problemei care clinician îşi asumă în primul rând responsabilitatea globală pentru siguranţa şi tratamentul pacientului (Gabbard, 2000). Acest clinician este desemnat drept autoritatea finală asupra deciziilor privind spitalizarea, introducerea sau oprirea unei modalităţi particulare de tratament şi monitorizarea siguranţei pacientului.

Indiferent care profesionist în sănătatea mintală este desemnat drept autoritate finală în echipa terapeutică, unele probleme trebuie discutate explicit de către cei care-l tratează pe pacient (Meyer şi Simon, 1999 b). Pacientul trebuie să-şi dea consimţământul pentru ca psihoterapeutul şi farmacoterapeutul să discute tratamentul când este necesar. Fiecare clinician trebuie,

de asemenea, să fie de acord să-l informeze pe celălalt despre orice modificări semnificative plănuite în tratament. Ambii terapeuţi trebuie să cadă de acord în legătură cu cine să primească apelurile de urgenţă despre spitalizări posibile în timpul serilor sau la sfârşit de săptămână, cine este responsabil pentru acoperirea din timpul vacanţelor şi cine ar trebui să comunice cu părţile din afară. În interesul de a controla un clivaj potenţial, farmacoterapeutul şi psihoterapeutul ar trebui să aibă o înţelegere ca atunci când pacientul începe să-l denigreze pe unul din ei, clinicianul care primeşte această informaţie să-l contacteze pe celălalt pentru a discuta ce se petrece mai degrabă decât să ia informaţia ca atare şi să acţioneze conform ei, în final, farmacoterapeutul şi psihoterapeutul ar trebui să aibă o înţelegere conform căreia oricare din ei poate alege să încheie participarea la tratarea pacientului dacă simte că această colaborare nu funcţionează. Este necesar un termen suficient de mare în aceste cazuri, astfel încât să poată fi găsit un înlocuitor pentru clinicianul care pleacă. Înainte ca o astfel de măsură drastică să fie luată totuşi, terapeuţii pot dori să se întâlnească cu un consultant pentru a vedea dacă există o cale pentru ca diferendele dintre ei să fie rezolvate (vezi Capitolul 6).

A ajuta pacientul să stăpânească din nou aspecte ale Sinelui care au fost negate sau proiectate în alţii. Deoarece clivajul şi identificarea proiectivă sunt mecanisme de apărare primare ale pacienţilor cu TPB, sentimentul de a fi incomplet sau fragmentat este un fenomen de nucleu în psihopatologia borderline. Pacienţii pot să-şi nege comportamentul avut în urmă cu o lună ca şi cum altcineva ar fi răspunzător pentru acel comportament. Această lipsă de continuitate apare şi sub forma unor schimbări dramatice de la săptămână la săptămână în felul în care aceşti pacienţi se prezintă pe ei înşişi terapeutului. Sarcina terapeutului este de a lega aceste aspecte fragmentate ale

Sinelui şi de a interpreta anxietăţile subiacente legate de integrarea reprezentărilor de Sine disparate într-un întreg coerent şi de stăpânirea lor. În mod similar, Şinele intern şi reprezentările de obiect ale pacientului sunt proiectate în terapeut sau în alte persoane. În timp, terapeuţii încearcă să-i ajute pe pacienţii borderline să înţeleagă că ei pun inconştient aspecte ale lor în alţii, aceasta fiind o cale de a încerca să ţină sub control aceste părţi chinuitoare ale lor. Mult din acest efort implică interpretarea fricii pacienţilor că dacă ei integrează aspectele bune şi rele ale lor şi ale altora, ura intensă pe care o au în interior va distruge orice urmă de iubire. Terapeuţii trebuie să-i ajute pe pacienţii borderline să recunoască faptul că ura este o emoţie ubicuitară care trebuie integrată şi temperată prin iubire, astfel încât agresivitatea să fie condusă în direcţii mai constructive. Aşa cum am scris în altă parte, „ajutăm pacienţii să înveţe să trăiască în propria lor piele, chiar în interiorul dialecticii create de iubire şi ură şi de viaţă şi distructivitate” (Gabbard, 1996, p. 231).

A monitoriza sentimentele de contratransfer. În această întreagă discuţie despre psihoterapie, locul central pe care-l are ascultarea contratransferului a fost implicit. Conţinerea aspectelor proiectate ale pacientului şi reflecţia asupra naturii acestor proiecţii îl vor ajuta pe terapeut să înţeleagă lumea internă a pacientului (Gabbard şi Wilkinson, 1994). Mai mult, atenţia continuă faţă de sentimentele proprii previne acting outul în contratransfer. Fiecare terapeut are limite personale în ceea ce priveşte câtă ură sau câtă mânie poate tolera. Dacă terapeutul îşi monitorizează atent sentimentele de contratransfer, această limită poate fi folosită mai degrabă constructiv decât distructiv. De exemplu, un terapeut poate folosi sentimente de contratransfer în mod terapeutic spunându-i pacientului: „Încep să am sentimentul că încercaţi să mă faceţi să mă supăr pe dumneavoastră în loc să mă lăsaţi să

se vă ajut. Hai să vedem dacă putem înţelege ce se-ntâmplă aici". Alternativ, terapeutul poate să trebuiască să pună limite bombardamentelor verbale ale pacientului, bazându-se pe reacţiile de contratransfer, după cum urmează: „Într-adevăr, nu simt că pot lucra cu dumneavoastră în mod eficient dacă veţi continua să ţipaţi la mine. Cred că este important pentru dumneavoastră să lucraţi la controlarea mâniei, astfel încât să puteţi să o exprimaţi în faţa mea fără să ţipaţi". Terapeuţii trebuie să fie reali şi autentici cu pacienţii borderline, altminteri ei vor creşte doar invidia pacientului faţă de ei, fiind percepuţi ca nişte figuri de sfinţi care sunt în esenţă nonumane (Searles, 1986).

Următorul exemplu clinic al unei şedinţe de psihoterapie cu doamna CE, o pacientă borderline de 22 de ani, ilustrează câteva dintre principiile de tehnică descrise mai sus:

(Dna CE ajunge la şedinţa ei după ce a lipsit de la cea anterioară. Ea începe şedinţa prin angajarea terapeutului într-o glumă despre o carte din biblioteca lui.)

Dna CE: O, aveţi o carte nouă.

Terapeutul: Nu, acea carte a fost întotdeauna acolo.

Dna CE: Nu, nu era. Aş fi observat-o înainte.

Terapeutul: O, sunt destul de sigur că a fost acolo. Dar aş dori să schimb subiectul şi să aflu mai multe despre motivul pentru care nu aţi venit data trecută.

(Terapeutul se angajează oarecum într-o glumă preliminară, dar se întoarce în final la problema serioasă a

absenţei pacientei de la şedinţa trecută.)

Dna CE: Pur şi simplu nu m-am simţit dornică să vin la terapie. Nu am vrut să am de făcut faţă sentimentelor pe care le am aici.

Terapeutul: Aţi primit apelul meu pe robot?

(Terapeutul, îngrijorat de potenţialul suicidar al pacientei, o sunase pe pacientă acasă când ea nu venise la şedinţă.)

Dna CE: Da. Eram acolo când aţi lăsat mesajul pe robot.

Terapeutul: De ce nu aţi ridicat telefonul?

Dna CE: O, nu am răspuns la niciunul dintre apeluri. Nu am vrut să vorbesc cu nimeni.

Terapeutul: Vă amintiţi că v-am rugat să mă sunaţi?

Dna CE: Ştiu, dar mi-era prea ruşine să vă sun.

Terapeutul: Ce v-aţi imaginat despre cum aş putea să reacţionez la asta?

(Terapeutul încurajează mentalizarea, invitând-o pe pacientă să-şi exploreze fantasmele despre contratransferul lui.)

Dna CE: Nu m-am gândit efectiv prea mult la asta.

(Pacienta demonstrează o lipsă de mentalizare, nereflectând la stările ei interne şi la ale altora.)

Terapeutul: V-aţi gândit ca eu aş putea fi îngrijorat ca nu cumva să vă faceţi rău?

Dna CE: Da, cred că am fost preocupată de asta. Îmi pare rău, nu o să mai fac altă dată.

Terapeutul: Aş dori să mergem mai departe de a vă părea doar rău şi să vedem dacă putem înţelege ce se-ntâmpla în mintea dumneavoastră în acele momente, deoarece afectează în mod real capacitatea noastră de a lucra împreună când nu veniţi la terapie.

(Terapeutul arată clar că una dintre condiţiile necesare pentru a face viabilă terapia este ca pacienta să vină regulat la şedinţe.)

Dna CE: Eram doar adâncită în mine însămi în acel moment. Eram, într-un fel, într-o stare de nefericire.

Terapeutul: în legătură cu ce?

Dna CE: Nu ştiu.

Terapeutul: Hai să nu acceptăm „Nu ştiu”. Să încercăm să vedem ce motive ar putea fi.

(Pacienta nu vrea să reflecteze asupra stării ei interne, dar terapeutul încurajează în – continuare elaborarea dincolo de respingerea pacientei.)

Dna CE: Ei bine, mă simt ca şi cum toţi vor uita de mine. Nimănui nu o să-i pese de ceea ce fac sau care sunt nevoile mele.

Terapeutul: Dar îmi spuneţi că nu puteţi suferi felul în care părinţii se amestecă în viaţa dumneavoastră şi vă supraveghează tot timpul.

Dna CE: Ştiu, dar asta e deoarece întotdeauna o dau în bară.

Terapeutul: Vă imaginaţi că dacă nu o mai daţi în bară şi deveniţi responsabilă, atunci nimeni nu o să vă mai acorde atenţie?

(Terapeutul enunţă o interpretare sau o explicaţie posibilă a comportamentului pacientei ca pe o întrebare la care pacienta să se gândească şi asupra căreia să reflecteze, mai degrabă decât ca pe o declaraţie cu caracter obligatoriu.)

Dna CE: Mă gândesc doar că toţi or să uite de mine.

Terapeutul; Am o idee în legătură cu asta. Mă întreb dacă nu uitaţi oamenii când nu sunteţi în preajma lor, astfel încât vă este teamă că şi alţii vor face la fel cu dumneavoastră.

(Terapeutul prezintă o înţelegere interpretativă a temerii ei, bazată pe cunoştinţele lui despre slaba ei constanţă a obiectului sau slaba ei memorie de evocare.)

Dna CE: Nu pot să reţin oamenii în mintea mea. Nu pot să-mi imaginez faţa dumneavoastră când nu

sunt aici. Nu pot să-mi imaginez feţele părinţilor mei sau faţa fratelui meu. Este ca şi cum nu ar fi acolo. Nu am fost niciodată în stare să fac asta.

Terapeutul: Atunci îmi imaginez că este greu pentru dumneavoastră să vă gândiţi cum reacţionează oamenii când sunteţi departe de ei. Exact ca în ultima joi când aţi lipsit de la şedinţa noastră. În acel moment, era probabil dificil pentru dumneavoastră să mă imaginaţi stând aici şi gândindu-mă unde eraţi şi de ce nu aţi sunat.

CTerapeutul îi comunică empatie înţelegerea de către el a dificultăţilor pacientei în ceea ce priveşte mentalizarea şi memoria de evocare.)

Dna CE: Pur şi simplu nu mă gândesc la asta. În parte, a fost că pur şi simplu am obosit să fiu în tratament. Mai este ceva ce nu v-am spus. Am oprit Prozacul.

Terapeutul: Când?

Dna CE: Acum aproximativ o săptămână.

Terapeutul: De ce nu aţi discutat cu mine aşa încât să putem vorbi despre avantajele şi dezavantajele acestui lucru?

(Frustrarea contratransferentmlă a terapeutului apare pe măsură ce începe să se identifice cu părintele poliţist care vrea să-l oblige pe pacient să facă orice spune el.)

Dna CE: Am ştiut că o să spuneţi nu.

Terapeutul: încă nu-mi este clar de ce l-aţi oprit.

Dna CE: Este doar pentru că nu vreau să fiu pacientă, îmi place terapia, de acord, dar nu vreau să iau medicamente.

Terapeutul: Cred că lucrul care mă preocupă cel mai mult în legătură cu asta este că nu aţi vorbit cu mine despre ce aveaţi de gând să faceţi. Este asemănător cu a nu veni joi, a nu mă sima, a nu-mi întoarce apelurile când v-am sunat. Este ca şi cum ar fi o parte din dumneavoastră care mă vede ca pe un adversar şi nu vrea să colaboreze cu mine în deciziile majore, cum ar fi oprirea Prozacului sau venirea la terapie.

Dna CE: Este ca şi cum cineva m-ar examina îndeaproape şi mi-ar supraveghea orice mişcare. Toată lumea încearcă să mă prindă făcând ceva greşit.

Terapeutul: Ei bine, dacă mă percepeţi în acest fel, pot să realizez de ce aţi vrea să staţi departe de terapie. Cred că este important pentru noi să păstrăm în minte că sunteţi aici pentru că vreţi să vă învingeţi tendinţa suicidară şi să duceţi o viaţă mai productivă.

(Terapeutul explorează transferul negativ pe cale de apariţie şi rolul de adversar în care a fost distribuit drept o cale de a promova alianţa terapeutică şi a se întoarce la scopurile iniţiale ale terapiei.)

15.4.3 Tratamentul în spital şi în condiţii de spitalizare parţială

Principiile tratamentului în spital şi în condiţii de spitalizare parţială sunt evidenţiate în Capitolul 6. În plus, abordarea clivajului, un ingredient esenţial în munca cu pacienţii borderline, este discutată tot în acel capitol. Cititorii sunt astfel trimişi înapoi la Capitolul 6 pentru principiile de bază ale cadrului tratamentului pacienţilor borderline. Sunt acoperite acolo câteva alte puncte specifice pentru pacienţii borderline.

În spital, pacienţii borderline pot să deranjeze secţiile în care sunt internaţi deoarece haosul lor intern se externalizează în mediul din jurul lor. Unii devin pacienţi „speciali" care creează probleme contratransferenţiale intense legate de clivaj şi de identificarea proiectivă (Burnham, 1966; Gabbard, 1986; Main, 1957). Alţii sunt extraordinar de plini de ură şi îi atacă în mod veninos pe toţi membrii din personal care încearcă să-i ajute (Gabbard, 1989 b), inspirându-le un sentiment al inutilităţii. Alţii pot manifesta un opoziţionism pasiv şi să refuze să participe la orice aspect al planului de tratament (Gabbard 1989 a). Deşi boala acestor pacienţi poate să pară refractară la tratament, unii pot să beneficieze într-un final de tratament prin atenţia acordată dinamicii individuale a pacientului şi contratransferului personalului.

Există tot felul de teorii în legătură cu tratamentul în spital al pacienţilor borderline, multe dintre ele fiind bazate pe puţine date sau pe date care nu sunt solide. Unii clinicieni cred că spitalizarea nu ar trebui să fie folosită pentru pacienţii borderline, deoarece ar favoriza regresia şi dependenţa. Nicio dată serioasă nu sprijină această premisă, dar cei puţin un studiu controlat a arătat că tratamentul în spital poate fi destul de benefic pentru pacienţii cu tulburări severe de personalitate, în Regatul

Unit, Dolan et al. (1997) au examinat un grup de 137 de pacienţi consecutivi cu tulburare severă de personalitate la trimitere şi la un an după tratament la spitalul Henderson. Şaptezeci dintre cei trimişi au fost admişi şi 67 nu. Cercetătorii au observat o reducere semnificativ mai mare a scorurilor Indexului Sindromului Borderline la grupul admis în comparaţie cu cei care nu au fost admişi. De asemenea, schimbările scorurilor au fost corelate pozitiv în mod semnificativ cu lungimea tratamentului în spital.

Mult din tratamentul care se făcea înainte în cadrul spitalicesc se face acum în cadrul unui spital de zi sau în condiţii de spitalizare parţială. Evoluţiile impresionante din Unitatea de zi Halliwick sugerează că această modalitate poate fi foarte promiţătoare pentru tratamentul în viitor al tulburărilor de personalitate. Piper et al. (1993) au avut, de asemenea, mare succes în tratamentul tulburărilor de personalitate într-un studiu randomizat al tratamentului de zi. Wilberg et al. (1999) au demonstrat evoluţii pozitive la pacienţii cu tulburare de personalitate trataţi într-un spital de zi. Pentru a determina dacă tratamentul de zi a avut succes în afara cadrelor academice, Karterud et al. (2003) au testat 1 010 pacienţi cu tulburare de personalitate aflaţi în opt programe de tratament diferite în Reţeaua norvegiană de spitale psihoterapeutice de zi din 1993 până în 2000. Cei cu tulburări de personalitate care au urmat programele, inclusiv cei care erau borderline, şi-au ameliorat semnificativ toate variabilele evoluţiei de la internare la externare, şi ameliorarea s-a menţinut sau a crescut la vizitele de control. Prin urmare, este acum bine stabilit că spitalul de zi este o abordare cu eficienţă crescută pentru pacienţii borderline şi pentru alţii cu tulburare severă de personalitate. Aceleaşi principii de tratament folosite în trecut în tratamentul intraspitalicesc extins pe o durată de ani de zile le pot fi aplicate în mod util pacienţilor aflaţi în spitalul de zi.

Unii pacienţi evoluează bine în psihoterapia în ambulatoriu în cea mai mare parte a timpului, dar necesită periodic spitalizare scurtă în timpul psihoterapiei din cauza unei perioade tranzitorii când sunt intens suicidari, autodistructivi sau într-un fel în afara contactului cu realitatea. Pot să existe grade variate de frământare şi în procesul de psihoterapie. Deoarece scopul spitalizării pe termen scurt este restaurarea rapidă a apărărilor pacientului şi a funcţionării lui adaptative, personalul din spital trebuie să transmită o expectaţie contraregresivă. Terapeuţii din acest mediu trebuie să le comunice unor asemenea pacienţi că ei îşi pot controla impulsurile în ciuda plângerilor lor. Deşi pot fi uneori necesare mijloace de control extern, precum restricţiile şi medicaţia antipsihotică, accentul se pune pe ajutorarea acestor pacienţi să-şi asume răspunderea pentru autocontrol. Eul slăbit al pacientului poate fi suplimentat cu o structură fermă, consistentă, care implică un orar regulat, consecinţe clare pentru acting outul impulsiv şi un model previzibil al întâlnirilor de grup şi individuale cu membrii echipei şi cu alţi pacienţi.

Tendinţa obişnuită a pacientului borderline nou admis este de a se aştepta la lungi şedinţe individuale cu membrii din echipa de îngrijire, ori de câte ori doreşte. De fapt, când asistentele sunt „convinse” să încerce să gratifice aceste cereri, pacientul se deteriorează în mod tipic direct proporţional cu timpul petrecut în aceste şedinţe „de terapie” individuale. Pacienţii borderline se simt mult mai bine când echipa de îngrijire poate introduce întâlniri scurte de 5 – 10 minute în structura regulată.

Membrii personalului din mediul spitalicesc şi structura însăşi a unităţii funcţionează ca Euri auxiliare pentru pacienţii borderline. Mai degrabă decât să încerce să interpreteze sau să exploreze, echipa secţiei poate să-i

ajute pe pacienţi să identifice factorii precipitanţi ai crizelor lor, să amâne descărcarea impulsurilor prin căutarea de alternative, să anticipeze consecinţe ale acţiunilor lor şi să-şi clarifice relaţiile de obiect interne (aşa cum simt descrise în Capitolul 6). O altă funcţie a spitalizării scurte este aceea că ea permite o viziune de mai mare acurateţe asupra lumii interne a pacientului. În sfârşit, echipa din spital poate deseori să-l asiste pe psihoterapeut în înţelegerea naturii crizei sau a impasului care apare în psihoterapia pacientului. Pe lângă abordarea oricăror procese de clivaj (aşa cum am descris în Capitolul 6), echipa poate să-l ajute pe terapeut prin validarea competenţei şi valorii lui în calitate de clinician (Adler, 1984). Din perspectiva psihologiei Sinelui a lui Adler, asistentele din secţie şi alţi membri ai personalului pot îndeplini funcţii de obiect al Sinelui atât pentru pacient, cât şi pentru terapeut (Adler, 1987).

Trebuie, de asemenea, să existe o normă a secţiei care să descurajeze păstrarea de secrete. Orice îi spune pacientul unui membru al echipei trebuie împărtăşit cu alţi membri din echipă în şedinţe. Echipa din secţie trebuie să fie în stare să-i spună „nu" pacientului în mod repetat, într-un fel simplu, plin de grijă, care să nu transmită nicio rea intenţie. Altminteri, pacientul poate să nu fie în stare să integreze faptul că figurile „bune" şi pline de grija sunt aceleaşi persoane care implementează măsuri restrictive (i.e., intervenţii „rele"). Această integrare a reprezentărilor interne de obiect şi de Sine este un alt scop primar al tratamentului intraspitalicesc pe termen lung.

Limitele aplicate unui pacient trebuie să fie întotdeauna bazate pe o înţelegere empatică a nevoilor de limite ale pacientului mai degrabă decât pe orice încercare sadică de control, aşa cum vede pacientul de obicei asemenea restricţii.

Comportamentul suicidar şi de automutilare este

frecvent o problemă semnificativă, deoarece pacienţii borderline încearcă să controleze întreaga echipă terapeutică exact aşa cum şi-au controlat familia şi pe cei iubiţi cu un asemenea comportament. Membrii echipei trebuie să sublinieze că fiecare pacient este în final răspunzător pentru controlul unui asemenea comportament şi că, în mod realist, nimeni nu poate împiedica un pacient să se sinucidă. Pacienţii borderline îşi provoacă frecvent tăieturi superficiale cu agrafe pentru hârtie, cutii de conserve, becuri şi alte obiecte care se găsesc de obicei în spitale. Deşi leziunea efectivă rezultată dintr-o asemenea zgârietură superficială poate fi minimă, echipa din secţie trebuie să investigheze cu atenţie originile acestei mutilări. Este legată de episoade de depersonalizare sau de disociere? Există un istoric de abuz sexual în copilărie? Oare condiţia pacientului justifică un tratament cu fluoxetină? Este comportamentul manipulator un efort de a câştiga atenţia echipei în mod primar?

Pacientul borderline suicidar în mod cronic poate să dea naştere la sentimente de contratransfer intense la membrii echipei, care percep tentativele şi gesturile ca manipulatorii şi, drept urmare, încep să reacţioneze cu lipsă de interes la ameninţările cu suicidul ale pacientului. Echipa intraspitalicească trebuie să ţină minte că aceia care încearcă să se sinucidă sunt de 140 de ori mai susceptibili să se sinucidă decât cei care nu încearcă (Tuckman şi Youngman, 1963) şi că, în mare, 10 – 20 dintre toţi cei care au tentative de suicid se vor sinucide (Dorpat şi Ripley, 1967).

15.4.4 Terapia familială

Modificarea terapeutică a lumii de obiecte interne a pacientului borderline necesită în general un proces de psihoterapie individuală intensivă. Lucrul cu familia totuşi

este frecvent un adaos esenţial la planul global de tratament. Folosirea terapiei familiale formale este mult mai puţin frecventă decât cea a uneia sau a mai multor intervenţii în cursul tratamentului (Brown, 1987). Tratamentul în spital, de exemplu, îi oferă clinicianului oportunitatea de a se întâlni cu familia pacientului. Interacţiunile efective pot atunci să fie comparate cu şi diferenţiate de modul de relaţionare al pacientului în mediul secţiei. În psihoterapia în ambulatoriu, procesul individual poate fi subminat de eforturile contraterapeutice ale membrilor familiei care se simt periclitaţi de orice schimbare în pacient. Intervenţiile familiale sau, în cazurile severe, terapia familială poate atunci să fie necesară pentru un tratament individual de succes.

Primul pas al intervenţiei familiale este de a identifica rolul pe care-l joacă interacţiunile familiale în patogeneza şi menţinerea simptomatologiei pacientului borderline. Aşa cum am descris în Capitolul 5, clivajul şi identificarea proiectivă sunt mecanisme extrem de comune care servesc la menţinerea unei homeostazii patologice în sistemul familial. De exemplu, un părinte poate să respingă reprezentările sale interne rele ale obiectului sau ale Sinelui şi să le proiecteze într-un fiu adolescent sau adult tânăr, care se identifică în consecinţă cu aceste proiecţii şi devine membrul simptomatic al familiei.

În diagnosticarea modelelor familiale, terapeuţii trebuie să evite să-i impună familiei propriile lor construcţii teoretice. De exemplu, deşi unele modele psihodinamice (Masterson şi Rinsley, 1975) pot să presupună o supraimplicare din partea mamei, cercetări empirice (Gunderson şi Englund, 1981; Gunderson et al., 1980) au sugerat că părinţii supraimplicaţi sunt mai puţin frecvenţi decât cei neglijenţi. Părinţii neglijenţi ai pacienţilor borderline tind să aibă şi ei multe nevoi şi,

drept urmare, eşuează în a le asigura copiilor lor o orientare sub forma unor reguli sau a unei „structuri”.

În familiile în care supraimplicarea este un model general, intervenţia familială trebuie să respecte nevoile fiecărui membru al familiei faţă de ceilalţi membri. Părinţii înşişi pot avea o psihopatologie borderline şi se pot simţi teribil de ameninţaţi de perspectiva de a-şi „pierde” copilul borderline prin tratament. Clinicienii trebuie să ia în serios posibilitatea ca o ameliorare semnificativă a pacientului să poată avea drept rezultat o decompensare severă la un părinte, care va intra în panică din cauza separării întrevăzute (Brown, 1987). În aceste cazuri, un terapeut familial ar trebui să ajute familia să rezolve dilemele create de schimbarea din pacient, precum şi din sistemul familial văzut ca un întreg. Terapeutul trebuie să evite cu conştiinciozitate orice încercare de a „îndepărta” pacientul borderline de familia sa. Asemenea eforturi vor fi văzute atât de familie, cât şi de pacient ca un atac foarte ameninţător care îi va determina doar să strângă rândurile şi va creşte senzaţia lor de a fi prinşi într-o plasă. Terapeuţii familiali au rezultate mai bune când îşi asuma o poziţie neutră, fără să judece în ceea ce priveşte schimbarea, empatizând cu nevoia familiei de a rămâne împreună din cauza stabilităţii inerente în supraimplicare (Jones, 1987). Orice schimbare în steni trebuie să vină din *interior* mai degrabă decât să fie impusă de profesioniştii în sănătatea mintală, care acordă în mod tradiţional o mare valoare separării şi autonomiei.

Un alt principiu crucial în lucrul cu familiile pacienţilor cu TPB este de a evita să ţii partea pacientului în ceea ce priveşte demonizarea părinţilor ca şi cum orice observaţie monstruoasă ar fi pe de-a întregul corectă. Într-un studiu care compară percepţiile pacienţilor cu TPB asupra familiilor lor cu percepţiile părinţilor lor şi cu cele ale unor familii normative, Gunderson şi Lyoo (1997) au

găsit că pacienţii borderline şi-au perceput relaţiile familiale într-o lumină semnificativ mai negativă decât au făcut-o fie părinţii, fie familiile normative. Părinţii tind să fie de acord unul cu altul, dar nu cu copilul borderline. Această schismă în familie trebuie luată în serios. Clinicienii ar trebui să aibă în minte că relatarea pacientului borderline poate fi colorată de propriile lui prejudecăţi psihologice, recunoscând în acelaşi timp că viziunea părinţilor trebuie, de asemenea, acceptată cu prudenţă. Mulţi părinţi vor da răspunsuri defensive în timpul unei evaluări şi se vor simţi ca şi cum ar fi învinovăţiţi pentru dificultăţile copilului. În majoritatea cazurilor, adevărul se află undeva între cele două puncte de vedere, şi percepţiile fiecărei părţi au o anumită validitate. Gunderson şi Lyoo au susţinut şi munca psihoeducaţională cu familiile pacienţilor cu TPB pentru a-i ajuta să înţeleagă complexitatea patologiei borderline. Gunderson (2001) a evidenţiat această abordare în detaliu în publicaţii recente.

15.4.5 Psihoterapia de grup

Psihoterapia de grup poate fi şi ea un adaos benefic la psihoterapia individuală a pacienţilor borderline. Aşa cum au observat Ganzarain şi Horwitz (1977), toate grupurile sunt predispuse să folosească apărările de tip borderline precum clivajul şi identificarea proiectivă. Psihoterapia de grup îi oferă individului borderline o oportunitate de a înţelege aceste apărări aşa cum ele apar într-un context de grup. Mulţi dintre cei care au contribuit la literatura asupra psihoterapiei de grup a pacientului borderline sugerează totuşi că pacientul borderline este tratat cu cea mai mare eficacitate în grupuri de pacienţi cu nevroze sau cu tulburări de personalitate de nivel mai înalt (Day şi Semrad, 1971; Horwitz, 1977; Hulse, 1958;

Slavson, 1964).

În mod similar, consensul în literatură este că pacienţii borderline în psihoterapie de grup au nevoie concomitent de psihoterapie individuală (Day şi Semrad, 1971; Horwitz, 1977; Hulse, 1958; Slavson, 1964; Spotnitz, 1957). Diluarea transferului în psihoterapia de grup are efecte benefice semnificative atât pentru pacientul borderline, cât şi pentru terapeut. Furia intensă care se mobilizează de obicei în pacienţii borderline când sunt frustraţi în tratament poate fi astfel diluată şi direcţionată împotriva altor figuri pe lângă terapeutul individual. În mod asemănător, reacţiile puternice de contratransfer faţă de pacienţii boderline pot fi diluate de prezenţa altor oameni.

Horwitz (1977) a evidenţiat că psihoterapia individuală poate avea o funcţie suportivă crucială când anxietatea pacientului borderline creşte ca răspuns la confruntare în cadrul de grup. Ideal, terapeutul individual ar trebui să fie altcineva decât terapeutul de grup, deoarece „este antiterapeutic pentru terapeutul de grup să-i vadă pe unii pacienţi în mod individual, în timp ce nu-i vede şi pe ceilalţi în particular” (p. 415), Horwitz a identificat, de asemenea, prezenţa unor trăsături abrazive de caracter drept o indicaţie pentru psihoterapia de grup în plus faţă de psihoterapia individuală. El a observat că pacienţii borderline par mai dornici să accepte confruntarea şi interpretarea în legătură cu asemenea trăsături de la colegii lor în psihoterapia de grup decât de la un terapeut. Poate să li se pară că este mai uşor să accepte interpretările terapeutului lor ca parte a unei teme centrate pe grup decât atunci când interpretările îi ţintesc ca indivizi.

Apar date empirice care coroborează impresia clinică larg răspândită că tratamentul de grup poate fi foarte util pentru pacienţii borderline. Deşi nu este o modalitate

psihodinamică, terapia comportamentală dialectică (Linehan et al., 1991) foloseşte grupurile drept piatra sa unghiulară şi a fost dovedită a reduce comportamentele automutilante şi suicidare. Într-un studiu controlat randomizat comparând psihoterapia de grup interpersonală cu terapia dinamică individuală, Munroe-Blum şi Marziali (1995) au găsit că 25 de şedinţe săptămânale a câte 90 de minute de terapie de grup urmate de 5 şedinţe spaţiate la două săptămâni care să ducă la terminare au avut drept rezultat ameliorări semnificative. Analiza efectuată după 12 şi 24 de luni de urmărire a arătat ameliorări semnificative la toate criteriile majore. Mai mult decât atât, pacienţii care au urmat terapia de grup s-au comportat la fel de bine ca şi cei aflaţi în terapie individuală. În final, terapia dinamică de grup de trei ori pe săptămână ocupa locul central în abordarea eficientă folosită de Bateman şi Fonagy (1999, 2001) la Unitatea de zi Halliwick.

În ciuda avantajelor de a lucra într-un context de grup, terapeuţii se vor confrunta cu câteva dificultăţi inerente în psihoterapia de grup a pacienţilor borderline. Asemenea pacienţi pot deveni uşor ţapi ispăşitori din cauza psihopatologiei lor mai primitive şi a tendinţei lor mai mari de a-şi exprima afectul într-o manieră directă. Terapeutului i se poate cere să sprijine pacientul borderline când găsirea unui ţap ispăşitor apare ca o temă de grup. Mai mult decât atât, pacienţii borderline pot, de asemenea, să resimtă o creştere a sentimentelor lor de deprivare din cauza competiţiei cu grupul pentru atenţia terapeutului. În final, pacienţii borderline tind să menţină o anumită distanţă în psihoterapia de grup din cauza ataşamentului lor primar faţă de terapeutul individual.

16. Grupa B

Tulburări de personalitate

Narcisică

Te preţuieşti prea mult, Malvolio, şi sunt încredinţaţii că boala dumitale de stomac e de vină că ţi-ai pierdut gustul de viaţă şi nimic nu te amuză. Când ai o inimă caldă şi o conştiinţă curată, buna dispoziţie vine de la sine şi nu iei drept ghiulea de tun o săgeată de vânat vrăbii.

Olivia în actul I, scena 5 din Shakespeare, *A douăsprezecea noapte*

În comedia lui Shakespeare, este evident atât pentru Olivia, cât şi pentru public că dragostea pentru sine a lui Malvolio şi tendinţa lui de a trăi micile desconsiderări ca pe atacuri devastatoare sunt semne că acesta este „bolnav”. În practica psihiatrică contemporană totuşi, distincţia între gradele sănătoase şi cele patologice de narcisism este dificilă. O anumită măsură de dragoste de sine nu este doar normală, ci şi de dorit. Totuşi delimitarea clară pe linia continuumului consideraţiei de sine a momentului în care narcisismul sănătos devine patologic nu este uşor de identificat.

Un alt factor care induce în eroare este că anumite comportamente pot fi narcisic patologice la un individ, în timp ce la altul pot fi doar o manifestare a unei consideraţii de sine normale. Să ne imaginăm, de exemplu, un băiat de 15 ani care îşi usucă părul stând în faţa oglinzii timp de 45 de minute pentru a pune fiecare fir de păr perfect la locul lui. Cei mai mulţi dintre noi ar chicoti în sinea lor la această imagine şi ar realiza că acest fel de vanitate este perfect normală pentru un adolescent. Acum să schimbăm imaginea cu cea a unui bărbat de 30 de ani care petrece acelaşi timp, în fiecare dimineaţă, în faţa oglinzii, cu un

uscător de păr. Această imagine vizuală este ceva mai deconcertantă, pentru că acest tip de preocupare excesivă cu propria persoană este departe de normal la un bărbat de vârsta aceasta. Dacă acum ne imaginăm un bărbat de 45 de ani, angajat în acelaşi fel de activitate, revenim din nou mai flexibili în atitudine, deoarece, ca şi în cazul idoiescentului, putem înţelege acest comportament ca parte a fazei de dezvoltare în ciclul de viaţă, la care de obicei ne referim cu apelativul criza bărbatului de vârsta a doua”. Înainte de a face o delimitare definitivă între sănătatea relativă şi patologie în cazul acestui individ, am putea dori să cunoaştem mai multe despre celelalte activităţi ale sale.

Exemplele de mai sus ilustrează cum narcisismul este judecat diferit în funcţie de faza din ciclul vieţii prin care trece individul. Deşi suntem conştienţi de aceste distincţii ale fazelor de dezvoltare, termenul *narcisic* este rar folosit ca un compliment atribuit cuiva cu o stimă de sine normală. Pe de altă parte, termenul este mult mai frecvent folosit în mod peiorativ ca un sinonim pentru „al naibii”, în special atunci când ne referim la colegi sau cunoştinţe pe care nu îi putem suferi. De asemenea, termenul este adesea folosit pentru a ne referi la persoane ale căror succese şi încredere în sine le invidiem. Pentru că noi toţi ne confruntăm cu aspecte narcisice, trebuie să fim mereu conştienţi de eventuala ipocrizie de a categorisi alte persoane ca fiind narcisice.

Pentru a complica şi mai mult lucrurile, noi trăim într-o cultură narcisică (Cooper, 1998; Lasch, 1979; Rinsley, 1986; Stone, 1998). Suntem sclavi devotaţi ai mijloacelor de informare în masă electronice, care prosperă din imagini superficiale şi ignoră substanţa şi profunzimea. Consumul de bunuri este considerat singurul drum către fericire. Frica noastră de îmbătrânire şi moarte dă de lucru chirurgilor plastici. Suntem mistuiţi de

strălucirea celebrităţii. Sporturile competitive, marele divertisment american ne învaţă că a fi numărul unu este cel mai important scop al vieţii.

Unul dintre criteriile-cheie de diagnostic pentru tulburarea de personalitate narcisică, exploatarea interpersonală, este un mecanism înalt adaptativ pentru societatea noastră. Într-adevăr, sistemului economic este bazat pe recompensarea celor care sunt capabili să-i convingă pe ceilalţi să cumpere un produs (Maccoby, 1976; Person, 1986). În lumea corporatistă, reuşita a devenit mult mai importantă decât promovarea valorilor cum ar fi angajamentul, loialitatea, integritatea şi amabilitatea interpersonală. Antrenorii atleţilor din colegii pot să scape liniştiţi chiar dacă supun atleţii unor tratamente scandaloase, atâta timp cât trofeele continuă să vină. Scopul scuză mijloacele.

Având în vedere această ambianţă culturală, este adesea problematic să se determine care trăsături indică o tulburare de personalitate narcisică şi care sunt, pur şi simplu, trăsături culturale adaptative. Diferenţa între o autostimă normală şi una umflată artificial este adesea ambiguă. Să ne imaginăm, de exemplu, un profesionist în sănătate mintală care prezintă o lucrare ştiinţifică unui auditoriu. Prezentatorul observă că jumătate din public adoarme în timpul prezentării, în timp ce ceilalţi se ridică şi pleacă. În timpul pauzei de discuţii, la sfârşitul expunerii, prezentatorul lucrării este criticat sever, imputându-i-se „o gândire confuză”, „insuficientă familiarizare cu literatura” şi „nu prezintă nimic nou”. El reacţionează la aceste critici prin a-şi spune în sinea lui: „Nu contează ce cred ei, eu oricum ştiu că sunt competent”. Cum evaluăm acest răspuns? Bazat pe informaţia din acest exemplu, am putea ajunge la două concluzii: 1) această persoană are o consideraţie de sine sănătoasă care nu se prăbuşeşte doar din cauza unei

experienţe negative sau 2) reacţia prezentatorului reflectă un narcisism patologic, este un mecanism de apărare pretenţios, pentru a compensa o rănire devastatoare a autostimei lui.

Cu aşa o multitudine tulburătoare de diferite utilizări, diferenţe de dezvoltare şi influenţe culturale, ce criterii definitive pot fi folosite pentru a face deosebirea între narcisismul normal şi cel patologic? Criteriile „împământenite" ale sănătăţii psihologice – a iubi şi a munci – sunt doar parţial folositoare pentru a răspunde la această întrebare. Istoricul profesional al unui individ ne oferă puţine informaţii folositoare pentru a face această distincţie. Indivizii foarte narcisici pot avea un succes mare în anumite profesii ca: afaceri importante, artă, politică, divertisment, sporturi şi teleevanghelism (Gabbard, 1983; Rinsley, 1985; 1989). Totuşi, în unele cazuri, patologia narcisică poate fi reflectată în calitatea superficială a interesului profesional (Kemberg, 1970) ca şi când reuşita şi recunoaşterea sunt mai importante decât stăpânirea domeniului profesional însuşi.

Formele patologice de narcisism sunt mai uşor de identificat după calitatea relaţiilor individului. Incapacitatea acestor oameni de a iubi este o tragedie care le afectează viaţa. Relaţiile interpersonale sănătoase pot fi recunoscute după calităţi cum ar fi empatia şi grija faţă de sentimentele altora, un interes real faţă de ideile altora, abilitatea de a tolera ambivalenţa în relaţii de lungă durată fără a renunţa şi capacitatea de a conştientiza contribuţia proprie a cuiva în conflicte interpersonale. Oamenii cu relaţii caracterizate de aceste calităţi îi pot folosi la un moment dat pe alţii pentru a-şi satisface propriile dorinţe, dar această tendinţă apare în contextul mai larg al relaţionării interpersonale sensibile, mai degrabă decât în stilul pervaziv de interacţiune cu alte persoane. Pe de altă parte, persoana cu tulburare de personalitate narcisică

abordează oamenii ca pe obiecte care simt folosite până la epuizare şi apoi abandonate conform nevoilor acesteia, fără niciun fel de considerare faţa de sentimentele lor. Oamenii nu sunt văzuţi ca având o existenţă separată sau având propriile lor nevoi. Individul cu tulburare de personalitate narcisică încheie în mod frecvent o relaţie la scurt timp, de obicei când cealaltă

Tabel 16 – 1. Criteriile DSM-IV-TR pentru tulburarea de personalitate narcisică.

Un pattern pervaziv de grandoare (în fantasmă şi comportament), necesitatea de admiraţie şi lipsa de empatie, începând precoce în perioada adultă şi prezent într-o varietate de contexte, după cum este indicat de cinci (sau mai multe) dintre următoarele:

(1) are un sentiment grandios de autoimportanţă (de ex., îşi exagerează realizările şi

talentele, aşteaptă să fie recunoscut ca superior, fără realizări corespunzătoare) 12) este preocupat de fantasme de succes nelimitat, de putere, strălucire, frumuseţe sau amor ideal

(3) crede că este „aparte" şi unic şi poate fi înţeles numai de ori trebuie să se asocieze numai cu, alţi oameni (sau instituţii) speciali ori cu statut înalt

(4)

(5) necesită admiraţie excesivă

(6)

(7) are un sentiment de îndreptăţire, adică pretenţii exagerate de tratament favorabil special ori de supunere automată la dorinţele sale

(8)

(9) este exploatator interpersonal, adică profită

de alţii spre a-şi atinge propriile scopuri

(10)

(11) este lipsit de empatie: este incapabil să recunoască sau să se identifice cu sentimentele şi necesităţile altora

(12)

(13) este adesea invidios pe alţii sau crede că alţii sunt invidioşi pe el

(14)

(15) prezintă comportamente sau atitudini arogante, sfidătoare.

(16)

Sursă. **Retipărit după Asociaţia Psihiatrică Americană,** *Manual statistic şi diagnostic al tulburărilor mintale (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders,* **ediţia a patra, text revizuit, Arlington, VA, American Psychiatric Association, 2000). Copyright, 2000, American Psychiatric Association. Folosit cu permisiune.**

persoană începe să emită pretenţii legate de nevoile ei proprii. Cel mai important, astfel de relaţii în mod clar „nu merg" în termenii abilităţii narcisistului de a menţine propria stimă de sine (Stolorow, 1975).

16.1 Fenomenologia tulburării de personalitate narcisică

Literatura psihodinamică ce tratează tulburarea de personalitate narcisică este uşor derutantă, pentru că această etichetare pare să li se aplice la fel de bine şi pacienţilor cu tablouri clinice foarte diferite. DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2000) listează nouă criterii pentru diagnosticul de tulburare de personalitate narcisică (Tabel 16 – 1). Aceste criterii identifică un anumit

fel de pacient narcisic – în mod special, cel arogant, gălăgios, lăudăros şi care cere să fie în centrul atenţiei. Totuşi ele nu reuşesc să caracterizeze individul narcisic timid.

Tabel 16 – 2, Două ti puri de pacienţi cu tulburare de personalitate narcisică.

Narcisistul neatent	**Narcisistul hipervigilent**
Nu este conştient de reacţiile celorlalţi	**Foarte sensibil la reacţiile celorlalţi**
Arogant şi agresiv	**Inhibat, timid şi chiar retras în sine**
Egocentric	**Direcţionarea atenţiei mai mult către alţii decât către sine**
Simte nevoia să fie în centrul atenţiei	**Evitarea de a fi în centrul atenţiei**
Are „un emiţător, dar nu şi un receptor”.	**Îi ascultă pe ceilalţi cu atenţie pentru dovezi de desconsider**

	are sau critici
Aparent insensibil la rănirea	**Are sentimente uşor de rănit; predispus**
Sentimentelor de către ceilalţi	**La sentimente de ruşine sau umilire**

grandios în mod tăcut, a cărui sensibilitate extremă la desconsiderare conduce la o evitare asiduă a centrului atenţiei (Cooper şi Michels.

1988).

În literatură se evidenţiază un aşa-numit continuum al tulburării de personalitate narcisică. Kemberg (1970, 1974 a, 1974 b, 1998) conturează un tip de narcisist invidios, lacom, care cere atenţia şi recunoaşterea celorlalţi, în timp ce Kohut (1971, 1977, 1984) descrie un tip de personalitate vulnerabilă narcisic predispusă la fragmentarea Sinelui. Tipurile variate de pacienţi narcisici descrise de aceşti autori pot fi schematizate ca aparţinând unui segment pe linia continuumului, bazându-ne pe stilul tipic al relaţionării interpersonale. Din punct de vedere descriptiv, cele două extreme ale acestui continuum pot fi denumite ca narcisistul „neatent” şi narcisistul „hipervigilent” (Gabbard

1989) (Tabel, 16 – 2). Aceşti termeni se referă, în special, la modul de relaţionare personal predominant, atât în procesul de transfer cu terapeutul, cât şi în interacţiunile sociale, în general.

Tipul neatent nu pare să realizeze impactul pe care îl are asupra celorlalţi. El vorbeşte ca şi cum s-ar adresa

unui public larg, stabileşte rar contactul vizual şi în general priveşte deasupra capetelor celor din jurul lui. Vorbesc spre ei, nu cu ei. Persoanele de acest tip nu par să conştientizeze că sunt plicticoase şi că unii oameni vor părăsi, în consecinţă, conversaţia şi vor căuta companie în altă parte. Stilul de adresare este saturat cu referiri la propriile realizări şi este evident că au nevoie să fie în centrul atenţiei. Sunt insensibile la nevoile altora, până la punctul în care să nu permită altora să contribuie la conversaţie. Aceste persoane sunt adesea percepute ca „având un emiţător, dar nu şi un receptor”. Tipul neatent de personalitate narcisică se potriveşte îndeaproape cu tabloul clinic descris de criteriile DSM-IV-TR.

Aspectele narcisice ale tipului hipervigilent, pe de altă parte, sunt manifestate în moduri complet diferite. Aceste persoane sunt extraordinar de sensibile la reacţia altora faţă de ele. De fapt, atenţia lor este permanent direcţionată către alţii, în contrast cu egocentrismul tipului neatent. Ca şi pacientul paranoic, ei sunt atenţi de fiecare dată când îi ascultă pe alţii pentru a înregistra orice reacţie critică sau desconsiderare. Un pacient narcisic era atât de acordat la reacţiile terapeutului, încât de fiecare dată când terapeutul îşi schimba poziţia în scaun sau îşi dregea vocea percepea aceste lucruri ca pe un semn de plictiseală. Când acest terapeut a îndepărtat o frunză moartă de la o plantă de pe biroul său, pacientul s-a simţit umilit şi a cerut un alt terapeut. Pacienţii de acest fel sunt timizi, inhibaţi şi retraşi în sine. Evită să fie sub lumina reflectoarelor, datorită convingerii că vor fi respinşi şi umiliţi. În centrul lumii lor interioare se află un profund sentiment de ruşine asociat cu dorinţa lor secretă de expunere într-o manieră grandioasă.

Ruşinea are şi alţi factori determinanţi. Ruşinea se corelează cu un proces de autoevaluare în care un individ se simte inadecvat (adică nu se ridică la standardul sau

idealul la care ar trebui). Sentimentul unui defect inerent este un punct central al ruşinii (Cooper 1998). Lewis (1987) face distincţia între vină şi ruşine. În timp ce persoanele vinovate pot avea sentimentul că nu se ridică la anumite standarde, ele nu au sentimentul defectului ireparabil, în felul în care anumiţi indivizi cu tulburare de personalitate narcisică simt acest lucru. Sentimentul de umilinţă sau de expunere dureroasă, când simt confruntaţi cu deficienţe ale abilităţilor sau recunoaşterii nevoilor nesatisfăcute, este central psihopatologiei indivizilor cu narcisism patologic şi multe dintre mecanismele de apărare pe care astfel de persoane le dezvoltă au rolul să le împiedice să devină conştiente de sentimentele asociate cu aceste experienţe.

Deşi ambele tipuri se confruntă cu menţinerea stimei de sine, ele abordează problema în moduri complet diferite. Narcisiştii neatenţi încearcă să-i impresioneze pe ceilalţi cu reuşitele lor, în timp ce se izolează de orice leziune narcisică cu ajutorul testării conformităţii răspunsurilor celorlalţi. Narcisiştii hipervigilenţi încearcă să menţină stima de sine prin evitarea situaţiilor vulnerabile şi prin studiul intens al celorlalţi, menit să desluşească felul în care ei se vor comporta. Ei le atribuie altora proiectiv dezaprobarea propriilor fantasme grandioase (Gabbard, 1983). Această tipologie este în strânsă legătură cu distincţia lui Rosenfeld (1987) între pacienţii narcisici cu „obrazul subţire” şi cei cu „obrazul gros” şi cu clasificarea lui Broucek (1982) în *egoişti* şi *disociativi.* Totuşi, în timp ce narcisistul neatent este de fapt identic cu tipul egoist, pacientul hipervigilent nu face proiecţii ale grandiozităţii sale asupra unei alte persoane idealizate, ca în cazul tipului disociativ al lui Broucek, ci le păstrează în schimb în sine însuşi şi-l priveşte pe celălalt ca persecutor.

În ciuda nereuşitei criteriilor DSM-IV-TR de a

reprezenta varianta hipervigilentă a tulburării de personalitate narcisică, există suport empiric pentru distincţia neatent-hipervigilent. Wirik (1991) a efectuat o analiză a principalelor componente pentru şase scale ale narcisismului în Inventarul de Personalitate Multifazică Minnesota şi a găsit doi factori ortogonali: dimensiunea Vulnerabilitate-Sensibilitate şi dimensiunea Grandiozitate-Exhibiţionism. El a conchis ca aceşti doi parametri aparent necorelaţi între ei, pe care i-a denumit narcisism *deschis* şi *ascuns (închis),* confirmă existenţa celor două forme diferite de narcisism patologic. Deşi ambele forme au aceleaşi trăsături în ceea ce priveşte desconsiderarea faţă de alţii, indulgenţa de sine şi îngâmfarea, din grupul Vulnerabilitate-Sensibilitate fac parte persoane caracterizate ca introvertite, defensive, anxioase şi vulnerabile la traume, în timp ce indivizii din grupul Grandiozitate-Exhibiţionism sunt extravertiţi, siguri de sine, exhibiţionişti şi agresivi. Dickinson şi Pincus (2003) au confirmat, de asemenea, distincţia, remarcând similarităţile dintre narcisiştii hipervigilenţi şi indivizii cu tulburare de personalitate evitantă.

Dovezi empirice suplimentare ale celor două subtipuri de personalitate narcisică au fost date de către un studiu pe 701 studenţi (Hibbard, 1992). Subiecţii au completat chestionare pentru opt scale care măsurau narcisismul, relaţiile de obiect, masochismul şi ruşinea. Narcisiştii au format două subgrupuri diferite, un subgrup vulnerabil şi un subgrup „falie", grandios. Sentimentul de ruşine a fost elementul central pentru împărţirea în cele două grupuri – s-a corelat pozitiv cu tipul vulnerabil şi negativ cu cel grandios.

Narcisistul neatent sau deschis poate profesa foarte bine, în comparaţie cu indivizii hipervigilenţi sau închişi. Într-un studiu pe 262 de studenţi, Rose (2002) a găsit că narcisiştii deschişi au realizat scoruri mari pentru

trăsăturile de grandiozitate, exploatare şi sentiment de îndreptăţire, dar în acelaşi timp au avut scoruri mari şi pentru fericire şi stimă de sine. Cu alte cuvinte, tipul de personalitate narcisică deschisă poate deriva anumite beneficii psihologice din autodecepţie, beneficii pe care persoanele obişnuite nu le au. Susţinerea unor credinţe nerealiste despre ei şi considerarea celorlalţi ca inferiori pot fi în folosul adaptării lor în general la viaţă, prin apărarea faţă de durere şi ruşine. Cei aparţinând tipului închis s-au cotat ca având sentimente de inferioritate şi nefericire, pentru că mecanismele lor de apărare împotriva rănirii narcisice simt mult mai puţin dezvoltate.

Deşi aceste două tipuri pot apărea şi în formele lor pure, mulţi pacienţi prezintă un amestec de trăsături fenomenologice aparţinând ambelor tipuri. Între aceste două limite ale liniei continuumului există – jjn indivizi narcisici care sunt mult mai subtili din punct de vedere atoal şi care au un mare şarm interpersonal.

6 2 înţelegerea psihodinamică

În ultimele trei decenii, principala controversă în legătură cu înţelegerea teoretică a tulburării de personalitate narcisică s-a învârtit în turul modelelor lui Kohut şi Kemberg (Adler, 1986; Glassman, 1988; Heiserman şi Cook, 1998; Josephs, 1995; Kemberg, 1974 a, 1974 b, 1988; Ornstein, 1974 a, 1988). Pentru că teoria psihologiei Sinelui a lui Kohut a fost acoperită în detaliu în Capitolul 2, este doar schematic recapitulată aici. Kohut (1971, 1977, 1984) credea că indivizii narcisici sunt opriţi în dezvoltare într-un stadiu care necesită anumite răspunsuri specifice de ia persoanele din anturajul lor pentru a-şi putea menţine integritatea Sinelui. Când aceste răspunsuri nu se produc, indivizii sunt predispuşi la fragmentarea Sinelui. Kohut a înţeles această stare de lucruri ca rezultat al eşecurilor empatice parentale. În mod

special, aceşti părinţi nu au reacţionat cu aprobare şi admiraţie fazei copilului de etalare a exhibiţionismului, nu au oferit experienţe gemelare şi nu i-au asigurat copilului modele demne de idealizare. Eşecurile se manifestă în tendinţele pacienţilor de a realiza un proces de transfer în oglindă, gemelar sau idealizant.

Kohut a postulat teoria axei duble (vezi figura 2 – 5 din Capitolul 2) pentru a explica cum atât nevoile narcisice, cât şi nevoile legate de relaţiile de obiect pot coexista în cadrul aceluiaşi individ. Kohut a argumentat că, de-a lungul vieţii noastre, suntem în căutarea răspunsurilor obiectelor Sinelui de la oamenii din jurul nostru. Cu alte cuvinte, la un anumit nivel, noi toţi îi privim pe ceilalţi nu ca pe persoane separate, ci ca pe surse de satisfacere a Sinelui. Nevoia pentru funcţiile consolante, recunoscătoare ale obiectelor Sinelui nu este niciodată excesivă. Scopul tratamentului este depăşirea nevoii pentru obiecte de sine arhaice şi îndreptarea spre abilitatea de a folosi obiecte ale Sinelui mai mature şi mai potrivite.

Un exemplu de caz ilustrează cum se manifestă într-o situaţie clinică teoria psihologiei Sinelui.

Dra DD era o femeie singură de 26 de ani, care a venit la tratament când relaţia sa de patru ani cu prietenul său s-a încheiat. A spus că respingerea lui faţă de ea a fost „devastatoare”. Deşi a negat orice fel de gânduri de suicid, ea a spus că nu se mai simţea în viaţă fără el şi, deşi trecuse un an de la despărţire, nu reuşise să depăşească acest moment. Se simţea singură şi fără scop. A continuat să meargă la serviciu, dar când ajungea acasă seara stătea în apartament uitându-se în gol sau la televizor. Pe timpul zilei, când era la serviciu, se simţea complet detaşată de ceea ce făcea, ca şi când era pe „pilot-

automat”. Spunea în mod repetat că simte nevoia să se „conecteze” din nou la prietenul ei pentru a se simţi din nou în viaţă. Îi era dor să fie mângâiată pe cap de el pentru a se linişti, când venea acasă anxioasă de la serviciu. Pe un ton chinuit a spus: „Fără el, nu sunt nimic, nu mă pot consola”. Îi lipseau simptomele necesare pentru un diagnostic de episod depresiv major pe Axa I, dar se descria ca deprimată şi goală pe dinăuntru.

A urmat şedinţe cu terapeutul ei timp de câteva săptămâni şi a raportat că începea „să se simtă în viaţă din nou”. Dra DD a spus că simte că se „conectează” cu terapeutul. Avea tendinţa să interpreteze greşit comentariile terapeutului ca însemnând că acesta era pe punctul să o respingă în orice moment. L-a întrebat pe terapeut dacă ar vrea să mărească numărul de şedinţe de la două la cinci pe săptămână, astfel încât să îl vadă în fiecare zi de lucru. Terapeutul, pe de altă parte, credea că tot ceea ce făcea era să o asculte. El i-a spus supervizorului său: „Nu cred că este interesată de ceea ce spun. Se mulţumeşte doar să îi acord toată atenţia mea”.

Formulările teoretice ale lui Kemberg (1970, 1974 a, 1974 b, 1984, 1998) diferă profund de cele ale lui Kohut (Tabel 16 – 3). Diferenţa teoretică majoră în conceptualizarea tulburării de personalitate narcisică poate fi legată de faptul că au studiat populaţii diferite de pacienţi. Eşantionul lui Kohut a constat din pacienţi nespitalizaţi care funcţionau bine şi care îşi permiteau financiar psihanaliza. În general, erau oameni cu profesii, care descriau sentimente vagi de nulitate şi depresie şi probleme particulare de relaţionare. Ei se străduiau să-şi menţină stima de sine profesională şi aveau tendinţa să se

simtă desconsideraţi de către alţii (Kohut, 1971). Kemberg, pe de altă parte, întotdeauna a lucrat în centre universitare conectate cu spitalele şi şi-a bazat cadrul conceptual pe un amestec de pacienţi spitalizaţi şi nespitalizaţi. Descrierile lui clinice ilustrează pacienţi care sunt mai primitivi, mai aroganţi, mai agresivi (adesea cu trăsături antisociale) şi mai grandioşi (deşi grandiozitatea poate alterna cu timiditatea) decât cei descrişi de Kohut.

Kohut (1971) a diferenţiat tulburarea de personalitate narcisică de personalitatea borderline. El a văzut pacientul borderline ca neavând o suficientă coeziune a Sinelui pentru a putea fi analizat. Diagnosticul său de personalitate narcisică se baza pe dezvoltarea unui transfer în oglindă sau a unui transfer idealizant în contextul unei analize de probă. Spre deosebire de el, Kemberg (1970) a văzut organizarea defensivă a personalităţii narcisice frapant de asemănătoare cu cea a tulburării de personalitate borderline. De fapt, el a văzut-o ca pe unul dintre tipurile de personalitate care funcţionează la un nivel de graniţă al organizării

Tabel 16 – 3. Înţelegerea dinamică a tulburării de personalitate narcisică – Kohut versus Kemberg

Kohut	**Kemberg**
Îşi bazează teoria pe persoane cu o funcţionare relativ bună, a căror stimă de sine este vulnerabilă	**Îşi bazează teoria pe pacienţi spitalizaţi sau nespitalizaţi, majoritatea primitivi, agresivi şi**

la desconsiderări – toţi pacienţi nespitalizaţi	**aroganţi, cu o grandiozitate trufaşă coexistând cu timiditatea**
Diferenţiază personalitatea narcisică de stările borderline	**Defineşte personalitatea narcisică drept o subcategorie izbitor de similară cu personalitatea borderline (deşi majoritatea au funcţionările Eului mai bune decât pacienţii borderline, unii funcţionează la un nivel borderline deschis)**
Nu defineşte lumea	**Descrie mecanisme de apărare**

internă a	**primitive şi**	
relaţii de		
person	**obiect tipice**	
alităţii	**tulburării de**	
narcisice	**personalitat**	
pentru	**că e borderline**	
accentul		
este pe		
internalizar		
ea funcţiilor		
lipsă		
Defineş	**Defineş**	
te Sinele ca	**te Sineie**	
pe o	**arhaic**	
structură	**„normal” ca**	
înalt	**oprit din**	
patologică	**dezvoltare**	
compusă din		
fuziunea		
Sinelui		
ideal,		
obiectului		
ideal şi		
Sinelui real		
Priveşt	**Priveşt**	
e Sinele	**e Sineie ca**	
grandios ca	**nondefensiv**	
pe un		
mecanism		
de *apărare*		
împotriva		
investiţiei în		
alţii sau		
dependenţei		
de alţii		

Se axează în principal pe aspecte ale libidouluizidealizării, cu agresiunea conceptualizată ca *secundară* leziunii narcisice	**Pune accentul pe invidie şi agresiune**
La drept bun idealizarea ca pe o fază de dezvoltare normală menită a recupera structura psihică pierdută	**Vede idealizarea ca mecanism de apărare împotriva furiei, invidiei, dispreţului şi devalorizării**

personalităţii (vezi Capitolul 15). A diferenţiat tulburarea de personalitate narcisică de personalitatea borderline pe baza Sinelui integrat, dar grandios patologic. Această structură este o fuziune între Sinele ideal, obiectul ideal şi Sinele real. Această fuziune are drept rezultat o devalorizare distructivă a imaginilor obiectelor. Pacienţii cu tulburare de personalitate narcisică se identifică cu o imagine de sine idealizată pentru a nega dependenţa de obiectele externe (alţi oameni) şi de imaginile interne ale acestor obiecte. În acelaşi timp, ei neagă trăsăturile

inacceptabile al propriilor imagini ale Sinelui proiectându-le asupra altora.

Şinele grandios patologic explică paradoxul funcţionării relativ bune a Eului în prezenţa unor mecanisme de apărare primitive (clivajul, identificarea proiectivă, omnipotenţa, devalorizarea, idealizarea şi negarea), tipice pentru pacientul borderline. Cu alte cuvinte, în timp ce pacienţii borderline tind să aibă reprezentări ale Sinelui alternante care îi fac să pară total diferiţi de la o zi la alta, pacienţii narcisici au un nivel de funcţionare mai consistent şi mai lin datorită unui Sine patologic integrat. De asemenea, indivizii cu personalitate borderline sunt mai predispuşi să aibă probleme legate de slăbiciunile Eului, cum ar fi control slab al impulsurilor şi toleranţă scăzută pentru anxietate. Aceste slăbiciuni ale Eului sunt mult mai rare la personalităţile narcisice datorită funcţionării mai line a structurilor Sinelui. Totuşi Kemberg a adăugat că unii pacienţi narcisici funcţionează la un nivel manifest borderline. Aceşti pacienţi au grandiozitatea şi aroganţa unei personalităţi narcisice, cu un control slab al impulsurilor şi relaţiile de obiect caleidoscopice tipice pacienţilor borderline. Acest grup necesită ocazional spitalizare. (Tratamentul pe parcursul spitalizării, pentru aceşti pacienţi, este similar tratamentului pacienţilor borderline discutat în Capitolul 15. Tratamentul în spital al pacienţilor narcisici cu trăsături antisociale serioase este descris în Capitolul 17.)

Descrierea amănunţită a constelaţiei de mecanisme de apărare ale pacientului narcisic şi a relaţiilor de obiect oferită de Kemberg este în opoziţie cu tendinţa lui Kohut de a lăsa nedefinită lumea interioară a pacientului narcisic. Kohut a pus accentul pe internalizarea funcţiilor lipsă de la persoanele din mediul apropiat, el fiind mai puţin preocupat de structura intra-psihică a pacientului. El a conceptualizat Sinele narcisic ca pe un Sine arhaic

„normal”, care este pur şi simplu îngheţat de-a lungul dezvoltării – cu alte cuvinte, pacientul este un copil într-un corp de adult. Spre deosebire de Kohut, Kemberg (1974 a, 1974 b) a văzut Sinele narcisic ca pe o structură înalt patologică ce nu se aseamănă deloc cu dezvoltarea normală a Sinelui copiilor. El a accentuat faptul că manifestarea exhibiţionistă a Sinelui copiilor este încântătoare şi drăgălaşă, spre deosebire de lăcomia şi pretenţiile Sinelui patologic narcisic.

O altă diferenţă a abordărilor lor despre Sine se referă la funcţionarea mecanismelor de apărare ale Sinelui. Kohut a văzut Sinele predominant nondefensiv (de ex., un Sine care se dezvoltă normal şi care pur şi simplu se împotmoleşte). Kemberg a văzut Sinele grandios patologic ca pe un mecanism de apărare împotriva investirii în ceilalţi şi în mod special împotriva dependenţei de ceilalţi. Această caracteristică se poate manifesta sub forma unei pseudosuficienţe a Sinelui, prin care pacientul neagă orice nevoie pentru ocrotire, în acelaşi timp încercând să-i impresioneze pe ceilalţi şi să câştige recunoaştere. Pacienţii narcisici insistă în mod frecvent, de exemplu, că nu au niciun fel de reacţie la concediile terapeutului lor.

Părea lui Kohut despre personalitatea narcisică este probabil mai caritabilă decât cea a lui Kemberg. El se axează în principal pe dorinţele din copilărie pentru anumite reacţii parentale. Agresiunea este văzută ca un fenomen *secundar* (de ex., furia narcisică drept răspuns la nesatisfacerea nevoilor de oglindire şi idealizare). În acest sens, Kohut a văzut agresiunea ca pe o reacţie perfect de înţeles la eşecurile parentale. Kemberg a văzut agresiunea ca pe un factor mult mai important. Nivelul exagerat de crescut al agresiunii face ca pacientul narcisic să aibă un rol distructiv asupra celorlalţi. Din perspectiva lui Kemberg (1970), etiologia acestei agresiuni poate fi fie

constituţională, fie dobândită. S-a observat totuşi că mai degrabă izvorăşte din interior decât să fie o reacţie obişnuită la eşecurile externe ale altora. O manifestare a agresiunii pacientului narcisic este invidia cronică marcată (Kemberg, 1974 b), care determină pacientul să vrea să strice şi să distrugă bunurile celorlalţi. Deşi Kohut nu a văzut invidia ca având un rol central, Kemberg a descris aceşti pacienţi ca aflându-se în permanentă comparaţie cu ceilalţi, doar pentru a fi chinuiţi de sentimentele de inferioritate şi dorinţele puternice de a avea ceea ce au alţii. Devalorizarea celorlalţi pentru a face faţă invidiei faţă de ei este asociată cu golirea lumii interne a reprezentărilor obiectelor şi lăsarea pacientului într-un sentiment de gol intern (Kemberg, 1998). Acest sentiment de nulitate poate fi compensat doar de permanenta admiraţie şi recunoaştere a celorlalţi şi controlul omnipotent asupra acestora, pentru ca funcţionarea lor liberă şi autonomă să nu creeze alte invidii.

Idealizarea a fost văzută diferit de către Kohut şi Kemberg. Kohut a văzut idealizarea din transfer ca pe o recapitulare a fazei normale de dezvoltare. În loc să o eticheteze drept atitudine defensivă, el a văzut-o ea pe o metodă de a recupera organizarea psihică pierdută. Fundamental pentru punctul de vedere al lui Kohut este noţiunea că individul narcisic este incomplet fără un obiect al Sinelui. Kemberg a văzut idealizarea ca pe un mecanism de apărare împotriva sentimentelor negative, inclusiv furia, invidia, dispreţul şi devalorizarea.

În lumina acestor diferenţe punctuale dintre Kohut şi Kemberg, este: iar faptul că Kemberg a descris pacienţi care erau mult mai apropiaţi de tipul neatent, în timp ce Kemberg a descris pacienţi care se apropiau

— Ai mult de tipul hipervigilent. Pacienţii narcisici descrişi de Kemberg – etvent par să aibă cele mai superficiale forme de relaţii de obiect. Dacă. – «centul este

bărbat, avem un sindrom de „Don Juan”, în care el seduce
— Mod sistematic femei şi apoi le părăseşte când idealizarea lui asupra lor se transformă în devalorizare. Deoarece vede femeile doar ca pe cuceriri, el nu are capacitatea de a empatiza cu experienţele lor interne. Aceste persoane nu ţin cont de ceea ce spun ceilalţi decât dacă este ceva măgulitor pentru ei. Deşi aceşti pacienţi simt în general bărbaţi, şi femeile pot avea o patologie narcisică asemănătoare.

Dna EE era o actriţa extraordinar de fermecătoare. Ea a avut un succes foarte mare ca actriţă deoarece carisma de care dădea dovadă pe scenă i-a adus multe aplauze şi recunoaştere din partea publicului. Totuşi a venit la medic pentru că relaţiile ei cu bărbaţii au lăsat-o cu sentimentul că nu va găsi niciodată persoana potrivită pentru ea. A descris o pierdere rapidă a interesului pentru fiecare partener după o perioadă iniţială de idealizare. S-a plâns că bărbaţii erau mereu preocupaţi de propriile interese şi nu îi acordau suficientă atenţie. Ultima ei relaţie s-a terminat când partenerul a explodat şi i-a spus: „Niciun bărbat nu va putea să îţi acorde vreodată atenţia pe care o vrei. Singura situaţie de acest fel se poate vedea între mamă şi copilul ei!”. Această afirmaţie a iritat-o pe d-na EE şi a fi cu i-o să reflecteze că psihoterapia ar putea-o ajuta. Ea practic descria o inabiâitate de a mentaliza şi a aprecia subiectivitatea individuală a partenerilor săi împreună cu nevoile şi interesele acestora, nevoi şi interese care nu o implicau şi pe ea.

Unii observatori au speculat că bărbaţii au o probabilitate mai mare de a avea o natură narcisică decât femeile datorită unor stereotipii culturale legate de sexe.

Totuşi, un studiu empiric pe 665 de studenţi Klonsky et al., 2002) a găsit că aceste presupuneri nu au poate nicio garanţie. În acest studiu, subiecţii care s-au comportat într-un mod adecvat sexului lor au prezentat mai multe trăsături narcisice, fie că erau bărbaţi sau femei. Autorii au speculat că pot fi modalităţi masculine şi feminine de a fi narcisic, modalităţi care pot reflecta stereotipiile culturale sexuale.

Controversa Kohut-Kemberg continuă să ardă cu foc mocnit, cu susţinători în ambele tabere care consideră că experienţa clinică le validează perspectiva lor teoretică favorită. În practică, unii pacienţi narcisici par să se încadreze mai bine într-un tipar decât în altul. Gama largă de pacienţi delimitaţi de termenul *tulburare de personalitate narcisică* are nevoie de mai mult decât o singură perspectivă teoretică pentru a putea fi înţeleasă. Într-un efort de cercetare pentru a valida cele două constructe, s-au găsit date concordante cu ambele teorii, dar s-a sugerat că cea mai parcimonioasă explicaţie este considerarea modelului lui Kohut ca un caz special al teoriei mai generale a lui Kemberg despre psihologia Eului – relaţiile de obiect (Glassman, 1988).

Dezbaterea teoretică dintre Kohut şi Kemberg adesea pune în umbră alte contribuţii creative la înţelegerea tulburării de personalitate narcisice. Într-o serie de lucrări, Rinsley (1980, 1984, 1985, 1989) a legat originile tulburării de personalitate narcisice de modelul de dezvoltare al lui Mahler (Mahler et al., 1975). El a postulat că, pe când pacientul borderline are o oprire în dezvoltare atât la procesul de separare, cât şi la cel de individualizare, care atinge un vârf pe parcursul subfazei de reapropiere (vezi Capitolele 2 şi 15), pacientul narcisic poate fi caracterizat ca având o disociere de dezvoltare a celor două subprocese – individualizarea a putut continua pe când separarea s-a oprit. Acest scenariu de dezvoltare

conduce la un copil „pseudomatur” care înţelege că are voie să se separe psihologic de mama sa doar dacă toate realizările sale ulterioare sunt în cele din urmă în legătură cu ea. Explicaţia lui Rinsley este în concordanţă cu observaţia lui Kemberg că în anumite arii pacientul narcisic poate funcţiona uşor şi chiar poate obţine reuşite importante profesionale, având în continuare relaţii de obiect foarte problematice.

Rothstein (1980) a încercat să înţeleagă tulburarea de personalitate narcisică în cadrul modelului structural al lui Freud (vezi Capitolul 2). El a definit narcisismul ca fiind „o calitate simţită a perfecţiunii”, un aspect universal al psihicului uman. Această stare perfectă poate fi integrată atât cu un Eu sănătos, cât şi cu unul patologic – natura Eului stabileşte dacă narcisismul este patologic sau sănătos.

Modell (1976) a folosit metafora unei larve pentru a descrie sentimentul de nerelaţionare cu mediul al individului narcisic. Această larvă este ca o iluzie de autosuficienţă omnipotentă, întărită de fantasme grandioase, care posibil au fost iniţiate de către o mamă care avea o vedere grandioasă asupra capacităţilor copilului ei. Modell credea că o faţadă necomunicativă şi nerelaţională reflectă frica de contopire de care pacientul trebuie să se apere. Sarcina terapeutului este de a crea un mediu primitor (Winnicott, 1965) pentru a permite procesului de dezvoltare să continue, la fel ca în tratamentul tadburărilor de personalitate schizoidă (descrisă în Capitolul 14).

Teoria ataşamentului poate, de asemenea, să fie aplicată ca un cadru conceptual folositor. Narcisiştii neatenţi pot fi priviţi ca având o capacitate deficitara de a mentaliza, pentru că ei nu se pot acorda la mintea celeilalte persoane spre a înţelege impactul pe care îl au. Narcisiştii hipervigilenţi au, de asemenea, dificultăţi în

mentalizare, prin faptul că ei interpretează greşit experienţele celorlalţi. Presupunerea lor de leziune narcisică în comentariile sau comportamentul terapeutului, spre exemplu, este reflectată ca un eşec de a vedea terapeutul ca având o minte separată şi diferită de a lor. Trăirile de ruşine şi umilinţă au fost probabil traumatizante pe parcursul copilăriei, astfel încât narcisistul neatent şi-a închis curiozitatea faţă de reacţiile interne ale altor persoane ca o cale pentru a evita alte experienţe de ruşine. Pe de altă parte, narcisistul hipervigilent încearcă să menţină o iluzie a controlului faţă de aceste experienţe, *anticipându-le.* Mentalizarea greşită duce în mod paradoxal ia alte experienţe umilitoare şi producătoare de ruşine, pentru că ceilalţi se simt neînţeleşi şi acuzaţi pe nedrept atunci când comportamentul lor este interpretat greşit.

16.3 Abordări terapeutice

16.3.1 Psihoterapia şi psihanaliza individuală

Tehnica

Atât Kemberg, cât şi Kohut au crezut că psihanaliza este tratamentul de elecţie pentru majoritatea pacienţilor cu tulburare de personalitate narcisică. Din cauza limitărilor financiare şi de timp, mulţi dintre aceşti pacienţi sunt văzuţi şi în terapiile expresiv-suportive cu o predominanţă a tehnicilor expresive, în şedinţe săptămânale sau bisăptămânale. Sugestiile de tehnică specifice lui Kohut şi Kemberg reflectă conceptualizările lor teoretice diferite.

Pentru Kohut, empatia este elementul fundamental al tehnicii (Ornstein, 1974 b, 1998). Terapeuţii trebuie să empatizeze cu încercarea pacientului de a reactiva o relaţie parentală eşuată, constrângând terapeutul să

îndeplinească nevoia pacientului pentru afirmare (transferul în oglindă), pentru idealizare (transferul idealizant) sau de a fi asemenea terapeutului (transferul gemelar). Apariţia acestor transferuri ale obiectelor Sinelui nu ar trebui să fie interpretată prematur. Kohut accentuează faptul că empatizarea cu pacientul ca victimă a eşecurilor empatice cu ceilalţi nu implică o tehnică predominant suportivă. El a subliniat că analistul sau terapeutul trebuie să interpreteze – mai degrabă decât să satisfacă activ – dorinţa pacientului de a fi consolat (Kohut, 1984). O afirmaţie tipică poate suna: „Este dureros când nu eşti tratat aşa cum simţi că meriţi să fii".

În ciuda insistenţei lui Kohut că abordarea sa nu se abate radical de la tehnica psihanalitică clasică, sugestiile sale aşa cum au fost descrise de elevii săi (Miller, 1985) au dezvăluit diferenţe fundamentale faţă de aceasta. El a sfătuit analiştii să ia materialul analitic într-o manieră „directă", exact aşa cum a fost trăit de către pacient. Terapeutul poate astfel evita repetarea eşecurilor empatice ale părinţilor, care adesea încearcă să convingă copilul că sentimentele lui sunt *diferite* de ceea ce el descrie. Kohut indică faptul că dacă această abordare directă nu dă roade, se poate inversa sau se pot căuta înţelesuri ascunse în spatele acestor sentimente de „cvasiexperienţă". Această abordare este strâns legată de părerea lui Kohut despre „rezistenţă" ca o activitate psihică ce veghează asupra coeziunii Sinelui (vezi Capitolul 2).

«era receptiv la identificarea fragmentării Sinelui în sesiunile – f-nce sau analitice. Când această fragmentari apare, terapeutul se concentreze pe evenimentul precipitant, şi nu pe conţinutul Knen tării Miller, 1985; Ornstein, 1974 a). De exemplu, după ce un şi lui Kohut a strănutat într-o şedinţă terapeutică, iar pacientul nu. – şi purut să continue, Kohut l-a sfătuit pe analist să se concentreze

— Degrabă pe naturaleţea reacţiei pacientului la acest stimul neaşdecât pe sensibilitatea specială a pacientului la stimul (Miller, Această concentrare este menită să rămână în acord cu o premisă ziserală a psihologiei Sinelui că terapeuţii trebuie să fie în permanenţăda ti la pacienţi atunci când recapitulează traumele infantile trăite: r arinţii. Kohut credea că pacientul are întotdeauna dreptate; dacă inentul se simte dezamăgit sau rănit, este de presupus că analistul sau terapeutul a făcut o greşeală. El a observat că frecvent pacienţii se **t** expuşi şi ruşinaţi când analistul acordă atenţie unor „scăpări de rr inte", aşa că nu a pus accent pe interpretarea actelor ratate. Kohut xst întotdeauna atent la predispoziţia pacienţilor narcisici de a se

— N ruşinaţi. Terapeutul trebuie să evite ocolirea experienţelor uoiective conştiente ale pacientului pentru a se adresa materialului – conştient din afara conştienţei pacientului. Interpretarea motivelor conştiente îl va face pe pacient doar să se simtă „prins", neînţeles şirtsinat.

Kohut a subliniat importanţa observării părţii *pozitive* a experienţelor r L jientului şi a evitat cu atenţie comentariile care ar fi putut fi percepute **îi** extrem de critice. El a acordat atenţie progreselor pacientului şi a evitat punerea de întrebări. El credea că este treaba terapeutului să teleagă, nu a pacientului (Miller, 1985).

Kohut a afirmat că scopul tratamentului psihanalitic şi psihoterar-utic al tulburării de personalitate narcisică este să ajute pacientul să caute şi să identifice obiecte adecvate ale Sinelui. Kohut credea că profesioniştii de sănătatea mintală tind să supraaprecieze separarea şi a tonomia. Era preocupat că terapeuţii vor folosi un ton moralizator pentru a induce pacienţilor ideea că *ar trebui* să devină mai independenţi.

Abordarea lui Kohut a fost criticată în numeroase rânduri. Reducerea întregii psihopatologii la eşecurile

empatice din partea părinţilor a fost criticată că este simplificată la „vina parentală” şi că este incompatibilă cu principiul fundamental psihanalitic al determinismului multiplu Curtis, 1985; Stein, 1979). Accentul său pe „cvasiexperienţe” în tehnica terapeutică a fost, de asemenea, criticat ca având potenţialul de a trece cu vederea aspecte inconştiente importante care ar trebui abordate pe parcursul terapiei (Curtis, 1985). În cele din urmă, tendinţa lui Kohut de a privi furia ca un produs al dezintegrării Sinelui poate subestima roiul jucat de conflictele interne (Cohen, 2002).

Tabel 16 – 4. Tehnici psihoterapeutice – Kohut versus Kemberg.

Kohut	**Kemberg**
Consideră transferul în oglindă şi transferul idealizant ca doi poli diferiţi ai unui Sine bipolar (Kohut, 1977) sau tripolar (Kohut, 1984)	**Consideră oglindirea şi idealizarea ca aspecte ale transferului legat de proiecţia şi reintroiecţia Sinelui grandios al pacientului**
Acceptă idealizarea pacientului ca pe o	**Interpretează idealizarea ca pe o metodă de**

nevoie normală de dezvoltare	**apărare**
Empatizează cu sentimentele pacientului ca o reacţie de înţeles la eşecurile părinţilor şi ale altora	**Ajută pacientul să vadă propriacontribuţie la problemele relaţionale**
La comentariile pacientului drept bune, văzând rezistenţa ca pe o activitate psihică sănătoasă care protejează Sinele	**Confruntă şi interpretează rezistenţele ca pe manevre de apărare**
Priveşte aspectele pozitive ale experienţelor pacientului	**Examinează atât aspectele pozitive, cât şi pe cele negative ale experienţei pacientului**

	(dacă doar aspectele pozitive sunt accentuate, pacientul poate dezvolta o frică crescută la invidia şi furia interne)
Acordă atenţie progreselor pacientului	**Se concentrează pe invidie şi pe care îl fereşte pe pacient de recunoaştere a şi primirea ajutorului**
Scopul tratamentului este să ajute pacientul să dobândească abilitatea de a identifica şi a căuta obiecte ale Sinelui adecvate	**Scopul tratamentului este să ajute pacientul să dezvolte sentimente de vină şi îngrijorare faţă de alţii şi să integreze idealizarea şi încrederea**

cu furia şi dispreţul

Kemberg (1974 a, 1974 b) a observat unele dintre fenomenele de transfer ale lui Kohut, dar a considerat că sunt indicate alte tehnici terapeutice. De exemplu, el a conceptualizat transferul în oglindă şi cel idealizant într-o formă mult mai parcimonioasă (Tabel 16 – 4). Kemberg a văzut Sinele grandios al pacientului ca fiind alternativ proiectat şi reintroiectat, astfel încât o figură idealizată este mereu prezentă în timp ce cealaltă figură este devalorizată şi în umbra persoanei idealizate. El a văzut, de asemenea, idealizarea ca pe o măsură de apărare frecventă care implică clivajul. Cu alte cuvinte, pentru că idealizarea terapeutului poate fi modalitatea pacientului de a se apăra împotriva sentimentelor clivate de dispreţ, invidie şi furie, terapeutul trebuie să interpreteze idealizarea ca pe un mecanism de apărare, şi nu doar să o accepte ca pe o nevoie normală de dezvoltare, aşa cum susţinea Kohut.

Abordarea lui Kemberg, în general, are un caracter mai accentuat de confruntare decât cea a lui Kohut. Convins că lăcomia şi cererile, tipice tulburării de personalitate narcisică, nu sunt doar simple aspecte ale dezvoltării normale, Kemberg credea că aceste trăsături trebuie confruntate şi examinate din punctul de vedere al impactului lor asupra celorlalţi. În timp ce Kohut punea accentul pe părţile pozitive ale experienţelor pacientului, Kemberg credea că procesele de transfer negative timpurii trebuie să fie examinate şi interpretate sistematic. Kemberg a accentuat faptul că terapeutul trebuie să se concentreze pe invidie şi pe felul în care aceasta îl fereşte pe pacient să primească sau să recunoască ajutorul. Când pacienţii primesc ceva pozitiv de la terapeutul lor, adesea acest lucru le măreşte invidia, pentru că generează

sentimente de insuficienţă sau de inferioritate ca răspuns la capacitatea terapeutului de a fi înţelegător şi ocrotitor. Un model de interpretare poate suna aşa: „Pentru a evita sentimentele dureroase de invidie, s-ar putea să aveţi nevoie să daţi la o parte comentariile mele ca ridicole şi fără sens”.

Deşi Kemberg este considerat adesea în mod eronat ca abordând exclusiv transferul negativ, de fapt el a militat pentru o examinare sistematică atât a proceselor de transfer negative, cât şi a celor pozitive (Kemberg, 1974 b). El a avertizat terapeuţii care se adresează doar aspectelor pozitive ale transferului că pot în mod inconştient să crească frica pacienţilor de propria lor invidie şi furie. Un pacient care crede că terapeutul său nu poate să facă faţă acestor aspecte le poate cliva şi ţine în afara procesului terapeutic.

Kemberg diferă semnificativ de Kohut şi în ceea ce priveşte scopurile tratamentului. În timp ce tehnica lui Kohut implică faptul că esenţa curei terapeutice nu este în sfera cognitivă, Kemberg crede că o înţelegere cognitivă prin intermediul procesului interpretativ este crucială succesului terapeutic. Scopul tratamentului pentru Kemberg (1970) include dezvoltarea sentimentului de vină şi îngrijorare faţă de alţii şi integrarea idealizării şi încrederii cu furia şi dispreţul (de ex., integrarea aspectelor „bune” ale experienţei cu cele „rele”).

Kemberg a considerat pacienţii cu tulburare de personalitate narcisică printre pacienţii cel mai greu de tratat, pentru că mare parte din efortul lor se consumă în încercarea de a învinge terapeutul. Pentru ca tratamentul şi terapeutul să fie eficienţi, aceşti pacienţi trebuie să facă faţă sentimentelor puternice de invidie că altcineva are anumite calităţi de care ei nu dispun. Pacientul foloseşte într-o măsură defensivă devalorizarea şi controlul omnipotent pentru a ţine la distanţă terapeutul. Kemberg

credea că, pentru ca tratamentul să fie viabil, aceste manevre defensive trebuie să fie în permanenţă confruntate. Un pacient cu trăsături semnificativ antisociale (care sunt frecvente la pacienţii narcisici) poate fi pur şi simplu netratabil. (Factorii care determină tratabilitatea pacienţilor antisociali sunt discutaţi în detaliu în Capitolul 17.) Totuşi câţiva factori pot sugera un prognostic favorabil (Kemberg 1970): abilităţi în tolerarea depresiei şi durerii, mai multe tendinţe spre vină decât tendinţe paranoide în procesul de transfer, abilităţi de a sublima pornirile primitive, un control relativ bun al impulsurilor şi o bună motivaţie. Pacienţii care caută terapie sau analiză doar ca pe o modalitate de antrenament sau pentru că cred că acest lucru le va oferi mai mult prestigiu în ochii altora pot prezenta o rezistenţă formidabilă, care va contribui la un prognostic mai puţin favorabil.

La subgrupul de pacienţi tocmai menţionat, care operează la un nivel borderline deschis, Kemberg (1984) a arătat că o terapie cu adevărat suportivă este mult mai eficientă decât o analiză expresivă sau terapie. Această abordare ar trebui probabil combinată cu spitalizare dacă slăbiciunile Eului, cum ar fi în special lipsa de control al impulsurilor, sunt severe. Printre indicaţiile terapiei suportive pentru tulburarea de personalitate narcisică se numără sadismul şi răutatea excesivă, trăsături antisociale proeminente, practic niciun fel de implicare cu alte persoane, reacţii paranoide intense faţă de alţii şi o predispoziţie pentru furie cronică ce este întotdeauna raţionalizată ca fiind vina altcuiva. Pe parcursul acestor procese suportive, Kemberg (1984) a arătat că pacienţii pot câştiga anumite însuşiri pozitive de la terapeutul lor, „furându-le” de la acesta. Pentru că această identificare cu terapeutul poate ajuta pacienţii să funcţioneze mai bine, este preferabil ca acest proces să rămână neinterpretat.

Criticii abordării lui Kemberg au comentat că interferează cu dezvoltarea naturală a transferului obiectelor Sinelui. Unii chiar au sugerat că o confruntare agresivă a agresivităţii orale a pacienţilor poate conduce la deteriorarea lor funcţională (Brandschaft şi Stolorow, 1984). În acest fel, imaginea borderline a furiei, dispreţului şi devalorizării este un artefact al leziunii narcisice induse de „intervenţiile critice" ale terapeutului. Ca urmare, diferenţele. Dintre pacienţii descrişi de Kemberg şi Kohut pot fi văzute ca parţial rezultând din factori iatrogeni (Adler, 1986).

Psihoterapeuţii aflaţi în faţa sarcinii formidabile de a trata pacienţii narcisici trebuie să evite o abordare strictă a uneia dintre cele două teorii. Decât să rămână obsedaţi de întrebarea „care este cea mai bună", terapeuţii trebuie mai degrabă să asculte cu atenţie pacienţii, să observe procesele de transfer şi contratransfer şi să urmărească reacţiile la intervenţiile terapeutice. În acest fel, terapeuţii vor ajunge la o concluzie temporară despre modelul teoretic şi tehnic care este mai de ajutor pentru pacientul respectiv. Unii pacienţi nu vor tolera

Jecat o abordare empatică, de „cvasiexperienţă", bazată pe modelul «. A Kohut. Orice abatere de la acest model va fi urmată de o „înctadere" prelungită, cu refuzul pacientului de a mai vorbi, simţindu-se neînţeles, şi chiar cu o decizie bruscă de terminare a terapiei. În alte cazuri, pacientul se poate simţi înţeles prin interpretările invidiei şi preţului şi astfel poate răspunde mai bine la tehnica lui Kemberg. Lnii pacienţi narcisici nu dezvoltă niciunul dintre procesele de transfer ale obiectelor Sinelui descrise de Kohut, în schimb privesc terapeutul cu devalorizare continuă şi furie. În unele cazuri, terapeutul trebuie să interpreteze şi să confrunte aceste atacuri verbale deschise **mu** pacientul va considera din ce în ce mai dificil până aproape de imposibil să mai continue terapia.

Mitchell (1988) a subliniat faptul că este eronat să privim abordarea lui Kohut ca fiind mai empatică decât cea a lui Kemberg. Ambele răspund empatie la diferite dimensiuni ale pacientului.

Totuşi alţi pacienţi pot beneficia de o combinaţie a celor două strategii. Deşi puriştii vor argumenta că ambele teorii sunt incompatibile, pacientul nu este conştient de teorii. În plus, terapeutul tratează pacienţi, nu teorii. Mulţi pacienţi au nevoie de tehnica abordării psihologiei Sinelui devreme în cadrul terapiei, pentru că îi ajută la stabilirea unei alianţe terapeutice bazate pe faptul că terapeutul îi înţelege şi empatizează cu sentimentul de victimizare. După ce o alianţă este stabilită, terapeutul poate începe să confrunte pacienţii cu propriile contribuţii la dificultăţile lor interpersonale, cum ar fi aşteptările exagerate pe care alţii nu le pot îndeplini. Practic, patologia narcisică rar poate fi conceptualizată ca fiind în întregime vina părinţilor sau a pacientului. Mai frecvent, ambele părţi au contribuit la aceste dificultăţi şi o terapie cuprinzătoare trebuie să se adreseze acestor probleme din ambele puncte de vedere. Într-adevăr, majoritatea analiştilor şi a altor clinicieni orientaţi dinamic funcţionează undeva la mijloc între cele două extreme (Gabbard, 1998; Mitchell, 1988). Josephs (1995) a sugerat că, deşi empatia pentru nevoile de obiecte ale Sinelui arhaic ale pacientului este de ajutor la început, în cele din urmă trebuie contrabalansată prin interpretarea mecanismelor de apărare ale proceselor de transfer ale obiectelor Sinelui.

Folosind un model bazat pe mentalizare, terapeuţii pot ajuta pacienţii să utilizeze unele dintre strategiile descrise în Capitolul 15 cu pacienţii borderline. Accentul va fi pus pe promovarea unui sentiment de ataşament sigur cu pacienţii hipervigilenţi astfel încât nivelul lor de excitaţie să scadă la un nivel mai apropiat reflecţiei (Allen, 2003). Atât în cazul narcisiştilor neatenţi, cât şi în al celor

hipervigilenţi, terapeuţii vor dori să exploreze fantasmelor pacientului despre starea internă a terapeutului. Terapeuţii îi vor încuraja pe narcisiştii neatenţi, în particular, să devină mai curioşi să afle cum comportamentul şi comentariile lor îi afectează pe alţii. Alte tehnici folositoare sunt identificarea sentimentelor pacientului şi interogarea acestuia despre alte posibilităţi care ar putea fi luate în considerare, când aceştia sunt convinşi că ştiu gândurile terapeutului.

În cele din urmă, nu trebuie să considerăm că etiologia şi patogeneza caracterului narcisic se vor încadra întotdeauna în schemele teoretice ale lui Kohut şi Kemberg. Spre deosebire de eşecuri empatice, unii părinţi ai pacienţilor narcisici tind să fie prea indulgenţi. Ei par să încurajeze grandoarea prin intermediul unui model de oglindire excesivă. Aceşti părinţi îşi învăluie copiii în admiraţie şi recunoaştere, făcându-i să se simtă cu adevărat speciali şi dotaţi. Când aceşti copii cresc, ei sunt frecvent afectaţi pentru că ceilalţi nu le răspund în acelaşi mod în care le răspundeau părinţii. În alte cazuri, incestul mamă-fiu sau variante ale acestuia pot produce o imagine narcisică a tipului hipervigilent (Gabbard şi Twemlow, 1994). Aceşti pacienţi au o imagine grandioasă despre sine şi se cred îndreptăţiţi să ocupe o poziţie specială faţă de ceilalţi, combinată cu o tendinţă paranoidă de a anticipa represaliile sau abandonul transgresiilor oedipale percepute. Terapeuţii pot beneficia de avantajele abordării euristice a pacienţilor narcisici (vezi Capitolul 4); terapia trebuie să fie un efort de colaborare în care pacientul şi terapeutul descoperă împreună originile dificultăţilor, fără forţarea rigidă a încadrării într-una din cele două teorii.

Contratransferul

În ciuda cadrului teoretic al terapeutului, anumite probleme previzibile de contratransfer apar pe parcursul tratamentului pacienţilor narcisici. Unele dintre acestea

sunt suficient de mari şi de intense pentru a submina situaţia tratamentului într-un mod irevocabil. În consecinţă, managementul optim pentru modelele de contratransfer nu poate fi evidenţiat suficient de mult.

Deoarece contratransferul este legat inextricabil de transfer, o recapitulare a transferurilor narcisice ne poate ajuta să anticipăm multe dintre problemele de contratransfer care apar în tulburarea de personalitate narcisică. Tabelul 16 – 5 grupează principalele transferuri narcisice.

Există o mică întrebare că psihoterapia în calitate de carieră asigură o oportunitate de a satisface dorinţele de a fi iubit, dorit şi idealizat (Finell, 1985). În eforturile solicitante ale terapeutului de a obţine mi transfer idealizant de la pacientul narcisic, acesta se poate bucura de o aură de dragoste şi căldură de o asemenea manieră, încât să conspire cu dorinţa pacientului de a exclude ura şi furia din procesul terapeutic.

Tabel 16 – 5. Variante de transfer narcisic.

Nevoia de admiraţie şi afirmare a terapeutului Idealizarea terapeutului

Presupunerea unei relaţii gemeiare între terapeut şi pacient Susceptibilitate de a se simţi ruşinat şi umilit de către terapeut Dispreţul faţă de terapeut şi devalorizarea acestuia, adesea legate de invidie Negarea autonomiei terapeutului Controlul omnipotent asupra terapeutului

Insistenţa asupra unei relaţii de diadă exclusiviste care nu permite existenţa unei a treia părţi

Folosirea terapeutului ca instrument de

rezonanţă fără empatie faţă de experienţa acestuia

Negarea dependenţei de terapeut

Incapacitatea acceptării ajutorului din partea terapeutului

O dezvoltare frecventă în tratamentul pacienţilor narcisici este faptul că ei vor idealiza iniţial terapeutul curent, devalorizându-i pe cei precedenţi. În loc de a vedea acest proces ca pe o manevră defensivă, terapeuţii care caută idealizarea pot pur şi simplu să ia drept bună noţiunea că ei au acele calităţi unice care le lipseau terapeuţilor precedenţi.

Problemele narcisice nu sunt domeniul exclusiv al tulburării de personalitate narcisică. Aceste aspecte există în toţi pacienţii şi în toţi terapeuţii. Terapeuţii care nu pot să accepte sau să conştientizeze propriile nevoi narcisice şi să le stăpânească în actul terapeutic pot să le nege şi să le externalizeze. Aceste apărări contribuie la o privire eronată a pacientului ca fiind singurul „purtător" de narcisism în diada pacient-terapeut.

O altă problemă de contratransfer care iese în mod periodic la suprafaţă în tratamentul pacienţilor narcisici este plictisul. Acesta apare de obicei dintr-un sentiment că pacientul nu este conştient sau uită de prezenţa terapeutului. În cazul perioadelor prelungite, terapeutul poate fi nevoit să tolereze sentimentul de „a fi folosit" pe post de instrument de rezonanţă, de către pacient. Acest model este, în mod particular, tipic pacientului narcisic neatent care are un discurs formal ca şi cum ar vorbi în faţa unui public, ignorându-l astfel pe terapeut ca persoană separată, cu sentimente şi gânduri separate.

DI FI a venit la terapie după trei încercări

precedente eşuate. Ultimul tratament a durat trei ani şi a fost efectuat cu un terapeut din alt oraş. DI IT a denigrat acea experienţă terapeutică numind-o „o pierdere de timp” şi nu a putut nici măcar să-şi amintească numele terapeutului. (Aceste două semne, incapacitatea reamintirii numelui fostului terapeut şi devalorizarea completă a experienţei terapeutice precedente, sunt adesea indicii de diagnostic al patologiei caracterului narcisic.) El a spus ci „doctorul, nu ştiu cum îl cheamă”, l-a întrerupt de numeroase ori şi nu era un ascultător bun. DI FI a ţinut un discurs despre nevoia sa de un terapeut cu adevărat „special”. El a speculat chiar faptul că s-ar putea să nu fie niciunul în oraş care chiar să-l înţeleagă.

În timp ce dl FI continua să „bată câmpii” timp de câteva săptămâni, terapeutului său a început să-i fie groază de fiecare şedinţă. Terapeutul s-a trezit că gândurile îi zboară la planurile pentru seara, la starea financiară, lucrările neterminate şi o varietate de alte lucruri fără nicio legătură cu dl FI şi problemele lui. Trăgea cu ochiul la ceas mai des decât de obicei, aşteptând cu nerăbdare sfârşitul şedinţei cu dl FI. Când terapeutul încerca să intervină, dl FI adesea ignora comentariile sale, spunând: „Lăsaţi-mă să-mi termin întâi şirul ideilor” sau „Da, sunt deja conştient de asta”.

După întoarcerea din concediul de trei săptămâni, terapeutul a reluat şedinţele cu dl FI. În prima şedinţă, pacientul a reluat discuţia exact din punctul în care se întrerupsese în şedinţa anterioară, ca şi când această pauză nu ar fi avut loc. Terapeutul, exasperat de sentimentul că el nu are niciun fel de

importanţă pentru pacient, a spus: „Vă comportaţi ca şi cum ne-am fi văzut ieri. Nu a avut niciun impact pentru dumneavoastră această separare de mine de trei săptămâni?”. DI FI a detectat un ton critic, sarcastic în vocea terapeutului şi a replicat: „Aveţi aceeaşi problemă ca şi terapeutul meu precedent. Întotdeauna vă introduceţi aici pe dumneavoastră. Nu vă plătesc ca să vorbesc despre dumneavoastră sau sentimentele dumneavoastră. Sunt aici să vorbesc despre mine”.

Noi toţi avem nevoia de cineva care să aibă nevoie de noi, şi este astfel dificil pentru terapeut să tolereze „existenţa satelit” (Kemberg, 1970) pe care mulţi pacienţi narcisici le-o atribuie. Acest sentiment de a fi exclus de către pacient poate reprezenta un proces de identificare proiectivă (Adler, 1986; Finell, 1985), în care pacientul exclude terapeutul la fel cum a fost şi el exclus de către părinţii săi. Pentru că pacientul narcisic tinde să trateze analistul ca pe o extensie a Sinelui, pacientul poate evoca anumite stări în analist, stări care reflectă propriile conflicte interne ale pacientului (Groopman şi Cooper, 2001). Cu alte cuvinte, un anumit aspect al pacientului este proiectat în terapeut, care se identifică cu acest Sine înainte de a-l ajuta pe pacient să realizeze procesul de reintroiecţie. Conţinutul aspectului proiectat al pacientului poate fi o parte importantă a procesului terapeutic la pacienţii narcisici, înţelegerea acestui model poate feri terapeutul de retragerea din faţa pacientului, de confruntarea sadică a acestuia sau de a se simţi rănit şi folosit de către pacient.

Tipul hipervigilent al personalităţii narcisice conduce terapeutul la confruntarea cu problemele de contratransfer ale sentimentului de a fi controlat. Când pacientul interpretează orice mişcare ca pe un semn de

plictiseală sau respingere, terapeutul se poate simţi constrâns să nu se mişte şi să îşi concentreze atenţia în fiecare moment la pacient. Intervenţiile menite să se adreseze acestei interacţiuni pot face faţa productiv acestei dezvoltări contratransferenţiale. Un terapeut care lucrează din perspectiva lui Kemberg ar spune: „Se pare că aveţi aşteptări nerealiste că îi puteţi controla pe ceilalţi şi că puteţi să îi faceţi să se comporte mai degrabă ca extensii ale dumneavoastră, decât să îi lăsaţi să vă răspundă conform propriilor nevoi”. O intervenţie din perspectiva psihologiei Sinelui poate sima astfel: „Se pare că vă rănesc sentimentele când îmi dreg vocea sau mă mişc în scaun, pentru că credeţi că nu vă acord toată atenţia”. Indiferent de elementele pro şi contra ale acestor două modele de intervenţii, punctul principal este că astfel de comentarii aduc o interacţiune comportamentală asociată cu o reacţie de contratransfer în domeniul verbal, unde poate fi discutată deschis ca o problemă între terapeut şi pacient.

Terapeutul poate avea frecvent dificultăţi cu sentimentele de contratransfer ca răspuns la devalorizarea intensă din partea pacientului.

DI GG era un pacient narcisic care funcţiona la un nivel manifest borderline şi care fusese spitalizat pentru abuzul de droguri. El a cerut barbiturice contra insomniei şi a devenit furios când medicul său a refuzat să i le prescrie. De fiecare dată când medicul îşi făcea vizita la pacienţi, dl GG îi făcea medicului diverse remarci: „Eşti doar rezident şi nu ştii să te comporţi cu pacienţii. Când vei termina rezidenţiatul nu vei avea niciun pacient, pentru că nu ştii să te porţi cu oamenii. În loc să-mi asculţi nevoile, tu practici psihiatria din cărţi Nu ştii nici măcar cum să te îmbraci. Eşti o glumă de psihiatru”.

Medicul l-a întrebat: „De ce simţi atâta ură faţă de mine?”. DI GG a răspuns: „Ură? Nu meriţi nici atât! Eşti sub dispreţ!”

Aceste atacuri verbale susţinute sunt obişnuite pentru pacienţii narcisici. Când depăşesc o anumită limită, doctorul se simte nefolositor, rănit şi supărat. Aceşti pacienţi generează o ură puternică de contratransfer care poate conduce la comentarii răzbunătoare sau decizii greşite de management al tratamentului ca o metodă de răzbunare pe pacient. Deşi ca terapeuţi putem tolera anumite abuzuri, toţi avem o limită pe care doar noi o putem determina. Când această linie este depăşită, terapeutul poate simţi nevoia să confrunte dispreţul pacientului, subliniind cum acest atac distruge şansele pacientului de a primi un tratament eficient.

Procesele de transfer ale pacienţilor narcisici pot declanşa conflicte latente în interiorul terapeutului în aşa fel încât procesele de contratransfer de obicei aţipite ajung la suprafaţă. Cohen (2002), de exemplu, a descris cum a început să simtă justificată concedierea sa de către pacientul său. Sentimentele de insecuritate şi insuficienţă prezente mai de mult la terapeut sunt declanşate de atitudinea de pseudosuficienţă de sine a pacientului. Mai mult, terapeuţii trebuie să fie conştienţi cum propriile lor dorinţe despre cum ar trebui să se comporte pacientul pot întări rezistenţele narcisice (Gabbard, 2000; Wilson, 2003). Altruismul nostru aparent de a ajuta oamenii cu probleme emoţionale întotdeauna are în fundal un „interes personal” (Gabbard, 2000). Mergem la muncă în fiecare zi cu speranţa de a îndeplini o dorinţă pentru o formă specifică de relaţie de obiect, implicând un ajutor devotat altruist şi un pacient care apreciază acest ajutor. Pacientul narcisic nerecunoscător poate zădărnici dezvoltarea acestei relaţii dorite de către terapeut şi poate lăsa terapeutul să-i dea

mesaje subtile sau nu chiar atât de subtile pacientului că ar trebui să fie altfel decât este în abordarea lui în ceea ce priveşte terapia. Pacienţii simt puşi astfel în rolul de a face faţă dorinţei terapeutului de a avea un pacient „bun" şi un „bun" proces terapeutic. Această presiune din partea terapeutului poate consolida rezistenţele pacienţilor narcisici (Wilson, 2003). Deoarece unele aspecte ale pacienţilor cu tulburare de personalitate narcisică sunt greu de tolerat, terapeuţii se pot rupe de pacientul narcisic, se opresc din ascultat, aduc interpretări facile pentru a face pacientul să schimbe subiectul sau trimit alte mesaje de inacceptabilitate a ceea ce exprimă pacientul. Ca şi alţii, terapeutul poate avea sentimentul că este stors de tot ceea ce are de dat şi apoi abandonat după ce pacientul şi-a terminat treaba. Această experienţă de a trăi sentimentul de a fi folosit poate pune la încercare răbdarea multor terapeuţi şi mulţi dintre noi vor face eforturi să angajeze pacientul la un nivel diferit pentru a evita să plece de la birou cu acest sentiment.

Psihoterapia de grup

Psihoterapia dinamică de grup pentru pacienţii cu tulburare de personalitate narcisică este plină de dificultăţi atunci când este singurul tratament folosit (Azima, 1983; Horner, 1975; Wong, 1979, 1980; Yalom, 1985). Piper şi Ogrodniczuk (2005) notau că setea de admiraţie, sentimentul de îndreptăţire şi lipsa de empatie îi pot aliena pe ceilalţi. În consecinţă, ratele de abandon sunt înalte pentru pacienţii narcisici. Grupul pacienţilor narcisici neatenţi se poate bucura de ideea de a avea o audienţă în grupul de psihoterapie, dar lor, de asemenea, poate să le displacă faptul că alte persoane iau o parte din timpul şi atenţia terapeutului. Un astfel de pacient părăseşte grupul de terapie pentru că nu a avut suficient prim-plan. Pacientul narcisic hipervigilent poate fi jignit chiar şi doar de sugestia terapiei de grup. Această referire

este luată ca o respingere sau ca o indicaţie că terapeutul nu este interesat de pacient. Mulţi pacienţi narcisici vor vedea terapia de grup ca pe o situaţie în care faptul că ei sunt speciali şi unici poate scăpa din vedere. Pacienţii narcisici tind să pună foarte mult stres pe terapeutul de grup din cauza dorinţei lor de gratificare narcisică din partea grupului (Roth, 1998). Când pacienţii narcisici intră în terapia de grup, ei adesea monopolizează discuţiile grupului sau îşi asumă rolul de asistent al doctorului, făcând observaţii despre problemele celorlalţi şi negându-le în continuare pe ale lor (Wong, 1979).

În ciuda problemelor inerente cadrului de grup pentru pacientul narcisic, există clar unele avantaje. În grupuri, pacienţii narcisici trebuie să se confrunte cu şi să accepte faptul că şi ceilalţi au nevoile lor şi că ei nu se pot aştepta să fie întotdeauna în centrul atenţiei. Mai mult, pacienţii narcisici pot, de asemenea, beneficia de feedbackul primit de la ceilalţi în legătură cu impactul pe care trăsăturile lor de caracter îl au asupra acestora. Pacienţii narcisici pot avea efecte terapeutice asupra altor persoane din grup prin activarea unor sentimente latente de invidie şi lăcomie la pacienţi cu alte forme de tulburări caracterologice (Azima, 1983).

Unii autori au sugerat că o combinare a psihoterapiei de grup cu cea individuală le poate aduce mai multe beneficii pacienţilor narcisici decât fiecare luată separat (Horwitz, 1977; Wong, 1979, 1980). Puţine grupuri pot absorbi cererea intensă de atenţie a pacientului narcisic, dar dacă un proces individual este început mai întâi, pacientul poate emite mai puţine cereri asupra grupului. Wong (1979, 1980) a recomandat în mod specific o perioadă destul de lungă de pregătire în terapia individuală cu o abordare tehnică în termenii descrişi de Kohut, astfel încât să existe o alianţă solidă terapeutică până la momentul în care pacientul intră în grup. Această

perioadă de pregătire îi acordă pacientului timp şi să exploreze fantasmele personale legate de psihoterapia de grup. Wong a recomandat folosirea aceluiaşi terapeut atât pentru terapia individuală, cât şi pentru cea de grup. Chiar şi în combinaţie, terapeutul trebuie totuşi să susţină activ pacientul dacă ceilalţi membri ai grupului încep să-l scoată ţap ispăşitor pe membrul narcisic. Terapeutul de grup îi poate ajuta pe ceilalţi pacienţi să empatizeze cu nevoia pacientului narcisistic de a fi recunoscut şi admirat.

Cum s-a discutat şi în Capitolul 5, psihoterapia de grup poate ajuta la dizolvarea proceselor de transfer intens negative. Acest principiu este cu siguranţă aplicabil pacientului narcisic şi ceilalţi pacienţi din grup sunt adesea de ajutor în sublinierea distorsiunilor implicate în devalorizarea sau idealizarea terapeutului. Similar, reacţiile de contratransfer care sunt atât de problematice în tratamentul pacienţilor narcisici pot, de asemenea, să fie dizolvate în terapia de grup (Wong, 1979). Totuşi este recomandabil să avem un singur pacient narcisic o dată într-un grup eterogen, pentru a nu-i copleşi pe ceilalţi membri cu impactul cererilor acestuia.

16.4 Tulburarea de personalitate narcisică de-a lungul ciclului vieţii

Pacienţii narcisici care vin la tratament ca tineri adulţi se plâng adesea de calitatea relaţiilor intime. Ei pot să fi avut infatuări repetate de scurtă durată şi nesatisfăcătoare. După ce strălucirea iniţială a relaţiei dispare, idealizarea partenerului se transformă fie în devalorizare, fie în plictiseală, iar ei se retrag şi caută noi parteneri care pot să le îndeplinească nevoile de admiraţie, afirmare, iubire necondiţionată şi acordare perfectă. Acest model de vlăguire a partenerului şi abandon în cele din urmă poate deveni obositor. Aceşti pacienţi se căsătoresc

în mod frecvent între 30 şi 40 de ani.

Nu în mod surprinzător, modele caracteristice de dificultate apar în căsniciile pacienţilor cu tulburare de personalitate narcisică. La început ei pot să caute terapia maritală sub pretextul problemelor sexuale, depresiei sau comportamentelor impulsive (Lański, 1982). Sub prezentarea deghizată există adesea o teamă de a fi umilit de către partenerul conjugal (de ex. Frica de fragmentare a Sinelui în termenii psihologiei Sinelui). Un soţ narcisic, de exemplu, îşi poate învinovăţi soţia de încercarea deliberată de a-l umili, mai degrabă decât de a recunoaşte că are o problemă în a fi excesiv de vulnerabil, dependent şi având o mare nevoie de reacţii ale obiectelor Sinelui, cum ar fi oglindirea, din partea soţiei. Acelaşi soţ va ajunge în final la o stare cronică de furie narcisică, în care va întreţine resentimente puternice faţă de soţia sa pentru că nu l-a tratat în felul în care el credea că i se cuvine. Aceste mariaje pot fi foarte refractare la terapia de cuplu pentru că soţul narcisic resimte rănirea atât de dăunătoare, încât iertarea iese din discuţie şi nimic din ceea ce ar putea să facă soţul ofensat nu mai poate redresa situaţia.

Indiferent dacă pacienţii narcisici aleg să se căsătorească sau nu de-a lungul vieţii, este foarte probabil să găsească procesul de îmbătrânire foarte stresant. În multe cazuri, aceşti pacienţi sunt atrăgători fizic sau fermecători în plan interpersonal şi au obţinut un anumit grad de succes în timpul anilor lor de adulţi tineri. Aşa cum a indicat studiul Rose (2002), tipii neatenţi pot fi chiar relativ fericiţi dacă circumstanţele vieţii au fost bune. Totuşi, deşi pot amâna golul din inima lor, ei nu pot să scape în cele din urmă de el. Kemberg (1974 b) nota:

Dacă considerăm că, de-a lungul unei speranţe de viaţă obişnuite, gratificările narcisice au loc în

adolescenţă şi în maturitatea timpurie şi că, chiar dacă triumfurile şi gratificările narcisice sunt obţinute la maturitate, individul va trebui în cele din urmă să facă faţă conflictelor elementare în jurul îmbătrânirii, bolilor cronice, limitărilor mintale şi fizice şi, mai cu seamă, al separărilor, pierderii şi singurătăţii –

atunci trebuie să conchidem că, în cele din urmă, confruntarea Sinelui grandios cu

natura limitată, deci tranzitorie a vieţii umane, nu poate fi evitată p. 238).

Mulţi pacienţi narcisici nu îmbătrânesc bine. Fantasmele grandioase ale tinereţii şi frumuseţii nesfârşite simt desfiinţate de către vicisitudinile înaintării în vârstă. Pentru a dovedi prospeţime şi vigoare, ei pot să caute disperaţi legături extraconjugale cu parteneri de o vârstă de două ori mai mică sau să urmeze provocări neindicate, cum ar fi alergatul la un maraton. De asemenea, obişnuite sunt convertirile dramatice religioase în care narcisistul evită tristeţea printr-un refugiu maniacal în umbra unui obiect idealizat (Dumnezeu).

Multe dintre plăcerile vieţii adulte şi înaintate implică bucurii indirecte faţă de succesul persoanelor mai tinere, cum ar fi propriii copii (Kemberg, 1974 b). Una dintre tragediile cu care se confruntă persoanele cu tulburare de personalitate narcisică este că ele sunt private de această sursă de plăcere din cauza propriei lor invidii şi disperări. Aceste sentimente pot aduce pacienţii la tratament pentru prima oară când sunt deja trecuţi de 40 de ani. Puşi faţă în faţă cu sentimentul că ceva le lipseşte sau că viaţa lor este pe un drum greşit, ei pot în final să fie mai supuşi tratamentului. Adesea se găsesc în

situaţia de a fi singuri, fără relaţii de suport şi cu mi sentiment devastator de a nu se simţi iubiţi. Se văd pe ei înşişi confirmând avertismentul lui Franklin: „Cel ce se iubeşte pe sine nu va avea rivali”.

Unii pacienţi cu un nivel crescut de narcisism patologic pot răspunde favorabil la anumite evenimente de viaţă, deci există motive de speranţă. Ronningstam et al. (1995) au raportat schimbări ale narcisismului după o perioadă de urmărire de trei ani a unui studiu pe 20 de pacienţi cu tulburare de personalitate narcisică. Deşi 40 nu au suferit modificări, 60 au prezentat îmbunătăţiri semnificative. Examinarea evenimentelor de viaţă pentru cei care au avut îmbunătăţiri a sugerat că trei tipuri de experienţe au făcut o diferenţă în ceea ce priveşte orientarea lor narcisică. Pentru nouă subiecţi, au apărut *realizări corective,* care au condus la o acceptabilitate crescută a unui concept de sine mai realist împreună cu o diminuare a fantasmelor exagerate. Pentru patru pacienţi, apariţia unei *relaţii corective* a fost instrumentul reducerii narcisismului patologic. Această observaţie i-a făcut pe investigatori să conchidă că anumite mecanisme de apărare narcisice nu sunt atât de adânc înrădăcinate pe cât par la anumiţi indivizi diagnosticaţi cu tulburare de personalitate narcisică. În final, trei dintre pacienţi au dezvoltat *dezamăgiri corective* care i-au ajutat să obţină o evaluare mai realistă asupra lor.

Pacienţii narcisici ridică numeroase provocări pentru terapeuţi. Kemberg (1974 b) a comentat că rezultatul este suficient de valoros pentru a merita efortul, căci deşi succesul este parţial, va ajuta să atenueze ravagiile din a doua parte a vieţii. Dacă de-a lungul tratamentului pacienţii narcisici pot dobândi un anumit grad de empatie, pot să înlocuiască, cel puţin parţial, invidia cu admiraţia şi pot începe să-i accepte pe ceilalţi ca pe indivizi separaţi cu propriile lor nevoi, atunci ei pot fi capabili să evite să îşi

sfârşească viaţa într-o izolare amarnică.**17. Grupa B**

Tulburări de personalitate

Antisocială

Pacienţii antisociali sunt poate cel mai vast studiaţi dintre cei cu tulburări de personalitate, dar sunt şi pacienţii pe care clinicienii au tendinţa să îi evite cel mai mult. În contextul terapeutic, aceşti pacienţi pot să mintă, să trişeze, să fure, să ameninţe şi să se poarte în moduri iresponsabile şi înşelătoare. Ei au fost numiţi „psihopaţi", „sociopaţi" sau încadraţi cu „tulburări de caracter" – termeni care, în psihiatrie, au fost asimilaţi tradiţional cu intratabili. Există opinia că aceşti pacienţi ar trebui priviţi drept „criminali" şi nu ar trebui incluşi în obiectivele psihiatriei. Experienţele clinice sugerează totuşi că etichetarea „antisocial" este aplicată unui spectru larg de pacienţi, ce variază de la cei care nu pot fi trataţi la cei care pot fi trataţi în anumite condiţii. Existenţa celui de-al doilea grup garantează o înţelegere detaliată a acestor pacienţi, aşa încât cei susceptibili la tratament pot primi cea mai bună îngrijire posibilă.

În lucrarea sa clasică *The Mask of Sanity,* Hervey Cleckley (1941/ 1976) a dat prima descriere clinică cuprinzătoare a acestor pacienţi. Aşa cum sugerează titlul, Cleckley a privit psihopatul ca pe un individ care nu era în mod evident psihotic, dar al cărui comportament era atât de haotic şi atât de prost adaptat cererilor realităţii şi societăţii, încât indica o psihoză ascunsă sub suprafaţă. În timp ce psihopaţii dădeau semne că ar fi capabili să aibă relaţii superficiale cu alte persoane, ei erau complet iresponsabili în toate relaţiile lor şi nu aveau consideraţie faţă de sentimentele sau grijile altora.

Termenul de *psihopat* a căzut în dizgraţie în deceniile

ce au urmat apariţiei lucrării de referinţă a lui Cleckley. Termenul de *sociopat* a fost utilizat o vreme, după cât se pare, ca o reflecţie a originilor mai degrabă sociale decât psihologice ale unor dificultăţi apărute la aceşti indivizi. La momentul publicării celei de-a doua ediţii a *Manualului de diagnostic şi statistică a tulburărilor mintale* de către American Psychiatric

Association (DSM-II; American Psychiatric Association, 1968), în 1968, termenul de *personalitate antisocială* a devenit termenul preferat. Odată cu apariţia DSM-III în 1980 (American Psychiatric Association, 1980), diagnosticul de tulburare de personalitate antisocială (TRAS) a fost modificat considerabil faţă de descrierea originală făcută de Cleckley. Deşi criteriile DSM-III asigurau mai multe caracteristici de diagnostic decât pentru oricare altă tulburare de personalitate, s-a îngustat concentrarea tulburării la o populaţie de criminali mai probabil asociată cu păturile socioeconomice sărace, oprimate şi dezavantajate (Halleck, 1981; Meloy, 1988; Modlin, 1983).

Atunci când criteriile DSM-III au fost aplicate deţinuţilor, cercetătorii au descoperit că majorităţii acestei populaţii (50 – 80) i s-a pus diagnosticul de TP AS (Hare, 1983; Hart şi Hare, 1988). Rezultate frapant de diferite au fost obţinute când cercetătorii au folosit criterii de diagnostic care se asemănau mai mult cu cele tradiţionale ale lui Cleckley, în care psihopatia era subliniată. De exemplu, când chestionarul Hare’s Psychopathy Checklist – Revised (PEL-R) a fost folosit, aproximativ 25 dintre deţinuţi se încadrau la psihopaţi (Hare, 1991; Hare et al., 1991). Într-un studiu pe 137 de femei dependente de cocaina care căutau tratament (Rutherford et al., 1999), mai mult de un sfert dintre femei au fost diagnosticate cu TP AS după criteriile DSM, dar doar 1, 5 au fost diagnosticate cu un nivel moderat de psihopatie după

PERR. Acest instrument se bazează pe evaluări clinice ale experţilor, nu pe autoraportări şi include itemi cum ar fi: iresponsabilitatea, impulsivitatea, lipsa scopurilor realiste de lungă durată, comportament sexual promiscuu, probleme comportamentale timpurii, stil de viaţă parazit, insensibilitate şi lipsă de empatie, afect superficial; lipsa remuşcării sau a sentimentului de vinovăţie, nevoia de stimulare şi susceptibilitate la plictiseală, simţ grandios al aprecierii de sine şi volubilitate asociată cu farmec superficial.

Termenul *psihopat* a crescut în popularitate în ultimii ani ca un termen de diagnostic ce implică o psihodinamică particulară şi chiar caracteristici biologice care nu sunt surprinse în criteriile TP AS din DSM-IV-TR (Tabel 17 – 1; American Psychiatric Association 2000) (Hart şi Hare, 1998; Meloy, 1998; Meloy, 1995; Person, 1986; Reid et al., 1986). Această distincţie este folositoare din punct de vedere clinic pentru că o persoană poate fi un psihopat fără să întrunească criteriile DSM-IV-TR pentru TRAS. Dimpotrivă, o persoană poate să întrunească criteriile DSM-IV-TR pentru TRAS, dar să nu fie un psihopat.

Psihopatia definită de Hare (1991) subliniază caracteristicile enumerate anterior, care intră pe de o parte în categoria trăsăturilor psihodinamice/interpersonale şi, pe de altă parte, în categoria actelor antisociale. Deşi aceste componente sunt evident corelate, ele pot exista separat în unii indivizi (Livestey, 2003).

T ahe\ \7 – V, entente OSM-YM întsu Vivovitaţ ea le şesssmavftate arxfeodafă.

A. Există un pattern pervaziv de desconsiderare şi violare a drepturilor altora apărând de la vârsta de 15 ani, precum e indicat de trei sau mai multe)

dintre următoarele:

B.

(1) incapacitate de a se conforma normelor sociale în legătură cu comportamentele legale, indicată de comiterea repetată de acte care constituie motive de arest

(2)

(3) incorectitudine, indicată de minţitul repetat, uzul de alibiuri, manipularea altora pentru profit sau plăcere personală

(4)

(5) impulsivitate sau incapacitate de a plănui dinainte

(6)

(7) irascibilitate şi agresivitate, indicate de luptele sau atacurile corporale repetate

(8)

(9) neglijenţă nesăbuită faţă de siguranţa sa sau a altora

(10)

(11) iresponsabilitate considerabilă, indicată prin incapacitatea repetată de a avea un comportament consecvent în muncă ori de a-şi onora obligaţiile financiare

(12)

(13) lipsa de remuşcare, indicată prin a fi indiferent sau a justifica de ce a făcut să sufere, a maltratat ori a furat de la altul.

(14)

C. Individul este în etate de cel puţin 18 ani.

D.

E. Există dovada unei tulburări de conduită cu debut înainte de 15 ani.

F.

G. Comportamentul antisocial nu survine

exclusiv în cursul schizofreniei ori unui episod maniacal.

H.

Sursă. **Retipărit după Asociaţia Psihiatrică Americană,** *Manual statistic şi diagnostic al tulburărilor mintale (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders,* **ediţia a patra, text revizuit, Arlington, VA, American Psychiatric Association, 2000). Copyright, 2000, American Psychiatric Association. Folosit cu permisiune.**

Unii indivizi pot prezenta lipsă de empatie şi insensibilitate, pot fi manipulanţi şi grandioşi, dar pot să nu-şi manifeste problemele comportamentale pe acea componentă a constructului lui Hare. Ca principiu general totuşi, psihopatia este mult mai severă atât în manifestările clinice, cât şi în rezistenţa la tratament. Aceşti pacienţi au probabil diferenţe neuropsihologice substanţiale în comparaţie cu nonpsihopaţii şi pot fi mult mai lipsiţi de scrupule şi mai incapabili de orice fel de ataşament emoţional, cu excepţia interacţiunii de tip să do-masochist bazată pe putere (Meloy, 1988).

Criteriile DSM-IV-TR nu sunt folositoare în mod special în determinarea tratamentului. Cu pacienţii antisociali, clinicianul trebuie să determine în primul şi primul rând dacă vreun pacient anume poate fi tratat în aceste circumstanţe. Această dilemă poate fi conceptualizata prin încadrarea prezentării antisociale ca o subcategorie a tulburării de personalitate narcisică (Kemberg, 1984, 1988; Meloy, 1988; 1995; Reid, 1985). Într-adevăr, există o continuitate narcisică a patologiei antisociale care variază de la psihopatia cea mai primitivă în forma sa pură până la tulburarea de personalitate narcisică cu trăsături antisociale egosintonice şi până la narcisism, în care pacientul este realmente nesincer în

procesul de transfer (Kemberg, 1984, 1998).

Clinicienii vor întâlni mulţi pacienţi cu trăsături antisociale. Psihiatrul dinamic ar trebui să abordeze fiecare pacient ţinând cont de acest continuum narcisic. Utilizând înţelegerea dinamică, precum şi diagnosticul atent (discutate mai târziu în acest capitol) legate de psihopatie şi patologia narcisică şi antisocială, clinicienii pot lua o decizie informată dinamic dacă pacientul este tratabil şi dacă condiţiile garantează efortul terapeutic. În acest capitol, termenul *psihopat* este folosit selectiv pentru a numi subgrupul de pacienţi reuniţi de criteriile Hare PEL-I şi descrierile psihodinamice ale lui Meloy (1988, 1995) şi Person (1986). Termenul de *pacienţi antisociali* este folosit generic pentru a descrie pacienţii aflaţi de-a lungul acestui continuum având grade variate de comportament antisocial.

17.1 Epidemiologie

Un conţinut considerabil de cunoştinţe a fost acumulat în ceea ce priveşte epidemiologia TRAS (Cadoret, 1986), care are o prevalenţă de 2 – 3 pe durata vieţii populaţiei din Statele Unite. Persoane cu această tulburare se găsesc adesea în zone sărace, centrale ale oraşelor şi pot abandona liceul înainte de absolvire. Apare o alunecare negativă în cursul vieţii indivizilor antisociali (Person, 1986) care încearcă să obţină bani uşor în mod repetat până când „ard complet” pe la vârsta mijlocie, de obicei în asociere cu alcoolismul sever şi extenuarea (Halleck, 1981). Chiar dacă impulsivitatea se ameliorează cu vârsta, totuşi ei continuă să lupte cu munca, activităţile parentale şi partenerii de viaţă (Paris, 2003). Unii mor prematur.

Există o corelaţie izbitoare între patologia personalităţii antisociale şi abuzul de substanţe (Cadoret,

1986; Halleck, 1981; Meloy, 1988; Modlin, 1983; Reid, 1985; Vaillant, 1983). Gândirea curentă asupra intercorelării celor două este că ele adesea coexistă, dar că fiecare are o etiologie separată (Cadoret, 1986; Reid, 1985; Vaillant, 1983). De asemenea, este bine stabilit că activitatea criminală este intim legată de abuzul de substanţe (Holden, 1986). Dintre infractori, 52 – 65 făceau abuz de droguri.

În general, se presupune că pacienţii cu probleme antisociale simt bărbaţi şi într-adevăr rata pentru TRAS variază între 4: 1 şi 7, 8: 1 (Cadoret, 1986). Legături familiale între psihopatie şi tulburarea de somatizare (isterie) au fost documentate pe larg (Cadoret, 1978; Cloninger şi Guze, 1975; Cloninger et al., 1974; Woerner şi Guze, 1968). O explicaţie propusă pentru această corelaţie este că sexul influenţează dacă indivizii cu tendinţe de personalitate isterice sau histrionice vor dezvolta personalitate antisocială sau tulburare de somatizare (Lilienfeld et al., 1986).

Psihopatia poate să apară şi apare la paciente, cu toate că este mult mai frecventă printre bărbaţi. Clinicienii pot trece cu vederea diagnosticul la femei datorită stereotipiilor de rol sexual. O femeie seducătoare şi manipulativă care manifestă activitate antisocială considerabilă este mai probabil să fie etichetată ca isterică, histrionică sau borderline. O pacientă de 19 ani spitalizată a fost implicată în comportamente antisociale intense, printre care: omorârea unui bărbat, despre care a spus că ar fi încercat să o violeze, furt, minciună şi subminarea tratamentului altor pacienţi. La un moment dat, în timpul spitalizării, ea a convins doi pacienţi să-i spargă geamul cu o rangă şi să o ajute să evadeze. După ce a zburat cu avionul de-a lungul ţării împreună cu cei doi bărbaţi (folosind cardurile de credit ale părinţilor ei), ea i-a abandonat pe aceştia fără bani într-un aeroport.

Tratamentul ei a ajuns într-un punct critic când a declanşat un incendiu în camera ei, ameninţând astfel siguranţa tuturor din spital. Pentru că această pacientă era atrăgătoare, seducătoare şi nu fără farmec interpersonal, medicii ei îi tot acordau circumstanţe atenuante. Unii chiar vedeau atitudinea ei mai degrabă ca o exprimare a „depresiei" decât ca patologie antisocială. Totuşi ea a îndeplinit atât criteriile DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994) pentru TP AS, cât şi criteriile psihodinamice pentru psihopatie.

Această tendinţă de a diagnostica greşit femeile cu comportament antisocial este în schimbare (Reid, 1985) pe măsură ce acestea se bucură de libertăţi sociale în creştere. Din ce în ce mai multe femei îşi modifică stilul de viaţă spre modele tradiţional masculine şi astfel sunt mai susceptibile să fie diagnosticate cu TP AS. Diferenţele legate de sex în diagnosticarea tulburărilor de personalitate s-au bucurat de puţină atenţie în cercetările tulburărilor de personalitate. Totuşi cercetarea a 665 de studenţi a arătat o legătură între trăsăturile tradiţional masculine şi tendinţele antisociale (Klonsky et al., 2002). Unele speculaţii privesc faptul că tulburarea de personalitate histrionică poate fi o variantă feminină a psihopatiei, în timp ce TRAS este o variantă masculină. Cercetările nu au reuşit să dovedească această diferenţă şi viitoare studii simt evident necesare (Cale şi Lilienfeld, 2002).

17.2 înţelegere psihodinamică

O abordare cuprinzătoare a TRAS trebuie să înceapă cu recunoaşterea faptului că factorii biologici contribuie în mod evident la etiologia şi patogenia acestei tulburări. Studiile pe gemeni oferă dovezi convingătoare că factorii genetici influenţează dezvoltarea psihopatiei (Cadoret,

1986). Concordanţa pentru criminalitate, de exemplu, este de două-trei ori mai mare pentru gemenii monozigoţi decât pentru gemenii dizigoţi (Christiansen, 1977; Wilson şi Hermstein, 1985).

De fapt, TRAS apare ca o tulburare şablon cu care se examinează interacţiunea între gene şi mediu. Cercetările arată că vulnerabilitatea genetică, influenţată de factori adverşi de mediu, poate conduce la comportamente antisociale sau criminale (Cadoret et al., 1995; Caspi et al., 2002; Foley et al., 2004; Hodgins et al., 2001; Raine et al., 1996, 1997). În studiul „Dunedin Multidisciplinary Health and Development" (Caspi et al., 2002), s-a urmărit prospectiv un grup de 1 037 de copii, la vârstele de 3, 5, 7, 9, 11, 13, 15, 18 şi 21 de ani. La vârsta de 26 de ani au fost contactaţi 96 dintre indivizii eşantionului pentru a fi evaluaţi. Între vârstele de 3 şi 11 ani, 8 au fost maltrataţi „sever", 28 „probabil" maltrataţi şi 64 nu au fost maltrataţi. Maltratarea a fost definită ca respingere maternă, pierdere repetată a îngrijitorului principal, disciplină dură, abuz fizic şi abuz sexual. Investigatorii au stabilit că un polimorfism funcţional al genei responsabile de enzima monoamin-oxidază A (MAO-A), care metabolizează neurotransmiţătorul, moderează efectul maltratării. Pacienţii de sex masculin cu o activitate scăzută a genotipului MAO-A, care au fost maltrataţi în copilărie, prezentau scoruri antisociale ridicate. Pacienţii de sex masculin cu o activitate crescută a genotipului MAO-A nu prezentau scoruri antisociale ridicate, chiar dacă au avut experienţe de maltratare în copilărie. Dintre pacienţii de sex masculin cu o activitate scăzută a genotipului MAO-A, dar şi cu experienţe severe de maltratare, 85 au dezvoltat comportament antisocial. Descoperirile acestui studiu au fost verificate de Foley et al. (2004), în studiul lor pe tulburare de conduită cu 514 gemeni de sex masculin având vârste între 8 şi 17 ani.

Aceste studii arată că genotipul modelează sensibilitatea copiilor la stresorii din mediul înconjurător şi că o combinaţie între vulnerabilitatea genetică şi experienţele negative poate produce tin comportament antisocial.

Un alt studiu despre interacţiunea dintre gene şi factorii de mediu arată că, pentru fraţii din aceeaşi familie, mediul înconjurător diferit poate avea un impact substanţial în dezvoltarea comportamentului antisocial. Reiss et al. (1995, 2000) au studiat 708 familii cu cel puţin doi fraţi adolescenţi de acelaşi sex, în mai multe variante. Nouăzeci şi trei dintre familii au avut gemeni monozigoţi, 99 au avut gemeni dizigoţi, 95 au avut fraţi buni crescuţi de părinţii naturali, 181 au avut fraţi buni cu un părinte recăsătorit, 110 au avut fraţi vitregi cu un părinte comun şi 130 au avut fraţi vitregi fără părinţi comuni. Date despre stilul de creştere al copiilor au fost adunate cu ajutorul înregistrărilor video şi chestionarelor. Aproximativ 60 din variaţia comportamentului antisocial al adolescentului ar putea fi pusă pe seama comportamentului parental negativ şi conflictual, îndreptat direct către adolescent.

Investigatorii sugerează că anumite trăsături ereditare ale copiilor evocau un stil parental aspru şi inconstant. Prin contrast, fraţii fără aceste trăsături ereditare nu au evocat comportamente parentale negative, şi aceşti fraţi păreau să aibă parte de un efect protector când un comportament parental aspru era aţintit asupra celuilalt frate. Reiss et al. (2000) au descoperit că reacţia familiei la aceste trăsături ereditare putea să ia una dintre cele patru forme: 1) exacerbarea atitudinilor negative ale copilului, 2) îmbunătăţirea trăsăturilor „de dorit” ale copilului, 3) protejarea copilului de rezultatele negative legate de comportamentul dificil sau 4) tendinţa părinţilor de a se retrage din faţa copilului dificil în încercarea de a proteja fratele cu şanse mai bune. Ei au arătat că „codarea informaţiei genetice în procesele de familie poate rivaliza

ca importanţă şi poate ajuta în tandem cu mult mai bine cunoscutul proces de codare al ARN-ului – transducţia intracelulară a informaţiei genetice spre drumul către sinteza proteică" (p. 386).

Dovezile despre caracteristicile substanţelor biologice, de asemenea, se acumulează pentru TRAS. Nivelul de acid 5-hidroxiindolacetic (5-HIAA) este semnificativ scăzut la copiii care provin din familii cu antecedente de TRAS faţă de cei care nu au astfel de antecedente în familie (Constantino et al., 1997). De asemenea, există legături frapante între responsivitatea scăzută a sistemului nervos autonom şi riscul pentru dezvoltarea unui comportament criminal (Brerman et al., 1997; Raine et al., 1990, 1995). De fapt, responsivitatea crescută a sistemului nervos autonom pare să aibă rol protector împotriva comportamentului criminal, aşa cum s-a observat în studiile de urmărire prospective pe adolescenţi. Din perspectiva psihodinamică, indivizii care au standarde puternic internalizate pentru bine şi rău – adesea asociate cu un Supraeu şi un Eu ideal – pot experimenta anxietatea şi responsivitatea autonomă crescută sub forma sentimentului de vină, atunci când îşi încalcă acele standarde morale.

Deficite neuropsihologice variate din copilărie pot, de asemenea, să inducă dezvoltarea TRAS. De exemplu, copiii cu tulburare hiperkinetică şi de deficit de atenţie au un risc semnificativ mai mare pentru a dezvolta TRAS (Mannuzza et al., 1998). Băieţii care sunt expuşi prenatal la deficienţe nutritive materne severe în primul sau/şi în al doilea trimestru de sarcină au un risc crescut pentru TRAS (Neugebauer et al., 1999). Folosind imagini structurale de rezonanţă magnetică, Raine et al. (2000) au descoperit că pacienţii cu personalitate antisocială au avut o reducere de 11 a volumului substanţei cenuşii prefrontale faţă de subiecţii sănătoşi, subiecţii de control psihiatrici şi 26 de

subiecţi cu dependenţă de substanţe. Investigatorii au sugerat că deficitul structural poate fi legat de excitaţia autonomă scăzută, lipsa conştiinţei şi dificultatea decizională tipică indivizilor antisociali şi psihopaţi.

Multe dintre aceste studii nu fac diferenţă între psihopatie şi TRAS, dar se adună tot mai multe dovezi care documentează diferenţele anatomice şi funcţionale caracteristice psihopaţilor. Douăzeci şi cinci de psihopaţi au fost comparaţi cu 18 subiecţi cu tulburare de personalitate borderline şi 24 de subiecţi de control (Herpertz et al., 2001). Psihopaţii au fost caracterizaţi de o responsivitate electrodermală scăzută, absenţa reflexului Moro şi expresivitate facială scăzută. Cercetătorii au conchis că indivizii psihopaţi au o lipsă marcată a fricii ca răspuns la evenimente şi un deficit general al procesării informaţiei afective. Hiporesponsivitatea emoţională a fost izbitoare şi foarte specifică pentru psihopaţi, în alt studiu condus de Raine et al. (2003), 15 bărbaţi cu scoruri înalte ale psihopatiei au fost comparaţi cu 25 de subiecţi de control în ceea ce priveşte corpul calos. Cei cu psihopatie au avut o creştere semnificativă statistic a volumului substanţei albe a corpului calos la fel ca şi a lungimii acestuia. Ei au demonstrat, de asemenea, o reducere de 15 a lăţimii corpului calos şi o conectivitate funcţională crescută interemisferică. Investigatorul a indicat că procesele de dezvoltare neuronală atipică implicate în oprirea migrării axonale timpurii sau mielinizarea crescută a substanţei albe pot fi responsabile de aceste anomalii ale corpului calos în psihopatie.

Un studiu prospectiv, elegant alcătuit (Johnson et al., 1999) a demonstrat că neglijenţa şi abuzul fizic din copilărie (dar nu abuzul sexual) pot induce o prevalenţă crescută a simptomelor antisociale la adult. Deşi este bine ştiut că experienţele de abuz din copilărie pot induce simptome de TRAS la adulţi, etiologia nu poate fi redusă la

formula simplă că victimele devin persecutori. Într-un studiu (Luntz şi Widom, 1994), 86 dintre copiii care au fost abuzaţi şi neglijaţi nu au dezvoltat TRAS ca adulţi, în timp ce 7 dintre cei care nu prezentau un astfel de istoric au dezvoltat TRAS. De asemenea, într-un studiu pe 85 de femei încarcerate (Zlotnick, 1999), abuzul din copilărie nu a fost asociat cu TRAS.

Caracteristicile ereditabile ale unui copil, adesea compuse din leziuni cerebrale perinatale, pot crea dificultăţi specifice în creşterea acestuia. Copilul poate fi greu de domolit şi acestuia îi poate lipsi responsivitatea afectivă normală la care părinţii se aşteaptă. În unele cazuri, părinţii pot deja să aibă tendinţe abuzive din cauza propriilor psihopatologii; alţii pot deveni treptat nerăbdători şi iritaţi pe măsură ce observă că copilul nu răspunde aşa cum şi-ar fi dorit ei. Meloy (1988) a observat două procese diferite care apar adesea în dezvoltarea indivizilor antisociali. Unul dintre acestea este o profundă detaşare de orice fel de relaţionare sau experienţă afectivă în general. Celălalt proces constă într-o abordare mai legată de obiect, caracterizată de încercări sadice de relaţionare cu ceilalţi pentru exercitarea puterii şi capacităţii de distrugere. Există, de asemenea, o problemă semnificativă în internalizarea celorlalţi din cauza deficitelor genetice/biologice ale copilului şi mediului de acasă nefavorabil, în care copilul s-a născut.

Deficitul serios de internalizare al psihopatului duce în mod evident la un eşec masiv de dezvoltare a Supraeului – particularitatea clasică, în sens dinamic, a psihopatului. Absenţa oricărui simţ moral la aceşti indivizi este una dintre însuşirile descurajante care îi fac să pară lipsiţi de umanitate. Singurul lor sistem de valori care are cât de cât importanţă este exercitarea unei puteri agresive şi singurele lor urme de dezvoltare a Supraeului pot fi precursorii Supraeului sadic (sau obiecte ale Sinelui

străine) manifestaţi prin comportamentul lor sadic şi crud (Kemberg, 1984).

Pacienţii de grad mai înalt, care nu se încadrează în categoria „pură" a psihopatiei, pot prezenta lacune ale Supraeului (Johnson, 1949). Aceşti indivizi, datorită unor factori constituţionali mai favorabili şi experienţelor de mediu din timpul perioadei de creştere, au o oarecare aparenţă de conştiinţă, dar cu arii circumscrise în care Supraeul nu pare să funcţioneze. Unii dintre aceşti indivizi au fost într-un mod subtil sau mai puţin subtil încurajaţi în comportamentul lor antisocial de către unul sau ambii părinţi.

Allen, un băiat de 10 ani, este internat în spital de către părinţii lui. Pe parcursul interviului de la internare cu psihiatrul şi asistentul social, părinţii săi au descris un istoric îndelungat al unui comportament agresiv. Allen s-a bătut în mod repetat cu colegii la şcoală, a fost implicat în acte minore de vandalism asupra proprietăţilor vecinilor şi a refuzat să-şi asculte părinţii. Tatăl lui Allen a descris incidentul care a dus în final la spitalizarea acestuia: „O persoană mai în vârstă conducea maşina prin dreptul casei noastre. Allen era în grădină cu arcul şi săgeţile sale. Deşi bărbatul conducea cu aproximativ 60 km/h, Allen a fost în stare să tragă o săgeată prin parbrizul maşinii, îovindu-l pe şofer în ochi. Trebuie să recunoaşteţi că a fost o lovitură destul de bună". În timp ce un zâmbet a încolţit pe buzele tatălui lui Allen, o expresie confuză se citea pe faţa lui Allen.

Infractorii intelectuali adesea se încadrează în această categorie a lacunelor Supraeului. Structura lor de personalitate narcisică le-a permis să reuşească, dar anumite probleme la nivelul conştiinţei pot eventual să se

manifeste printr-un comportament antisocial observat de către ceilalţi. Este important în acest context să se facă distincţia dintre un *comportament* antisocial şi o personalitate antisocială adevărată. Comportamente de natură antisocială pot să se nască dintr-o presiune iscoditoare, dintr-un conflict nevrotic sau dintr-o gândire psihotică. În aceste cazuri, nu are nicio legătură cu TRAS.

Un alt aspect al patologiei Eului mai caracteristic unui psihopat adevărat decât unei forme narcisice de nivel mai înalt este o lipsă completă de justificare morală sau raţionalizare a comportamentului antisocial (Meloy, 1988). Confruntaţi cu propriul lor comportament antisocial, psihopaţii răspund, de obicei, cu siguranţă de sine că victimele actelor lor antisociale au primit ceea ce meritau. De asemenea, psihopaţii aleg adesea să mintă sau să evite să-şi asume orice fel de responsabilitate pentru comportamentul lor.

DI HH era un bărbat de 23 de ani care a fost internat nevoluntar, pe termen lung, printr-o decizie judecătorească. La puţin timp după internare, el a fost văzut de către un consilier şi a avut loc următorul dialog:

Consilierul: Ce vă aduce la spital?

DI HH: Tribunalul.

Consilierul: Cum aşa?

DI HH: Am fost implicat într-un accident de maşină şi prietenul meu cel mai bun a murit accidental.

Consilierul: Cum s-a întâmplat?

DI HH: Conduceam maşina liniştit şi maşina din faţa mea a frânat brusc. Am lovit cu putere în partea din spate a maşinii lui, iar arma mea din torpedoul maşinii s-a descărcat accidental şi l-a împuşcat în cap pe prietenul meu.

Consilierul: De ce aveaţi o armă acolo?

DI HH: Trebuie să ai armă în cartierul în care stau eu. Trebuie să mă protejez. Sunt o mulţime de traficanţi de droguri pe acolo.

Consilierul: De ce a decis tribunalul internarea dumneavoastră în spital ca rezultat al acestui accident?

DI HH: Bună întrebare.

Consilierul: Aveţi vreun fel de probleme emoţionale?

DI HH: Nu, sunt foarte bine mersi.

Consilierul: Aţi avut alte probleme cu legea?

DI HH: Nu a fost vina mea nici altă dată. Prietenii au furat o maşină de spălat dintr-o spălătorie şi au lăsat-o în faţa casei mele ca să îmi facă o glumă. Poliţia a crezut că eu am furat-o şi m-a arestat.

Această negare a responsabilităţii de către dl HH arată absenţa oricărui fel de îngrijorare faţă de „prietenul său cel mai bun” şi incapacitatea de a

recunoaşte propriile probleme care au contribuit la această situaţie. Acest caz subliniază dificultăţile cu care se confruntă terapeuţii în tratarea pacienţilor antisociali, din cauza faptului că aceştia externalizează toate problemele.

Comportamentul antisocial sau psihopat este cel mai bine caracterizat ca fiind varianta primitivă a continuumului tulburării de personalitate narcisică (Kemberg, 1984, 1998; Meloy, 1988, 1995). Figura 17 – 1 ilustrează acest continuum. La baza continuumului se găsesc

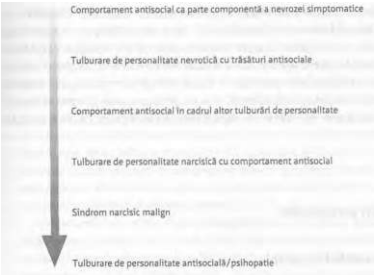
Comportament antisocial ca parte componentă a nevrozei simptomatice
Tulburare de personalitate nevrotică cu trăsături antisociale
Comportament antisocial în cadrul altor tulburări de personalitate
Tulburare de personalitate narcisică cu comportament antisocial
Sindrom narcisic malign
Tulburare de personalitate antisocială/psihopatie

Figura 17 – 1. Continuumul comportamentului antisocial şi psihopatie. *Sursă.* Bazat pe Kemberg, 1998.

Indivizii psihopaţi care nu pot concepe altruismul la ceilalţi şi care sunt total incapabili să investească în relaţii care nu pot fi exploatate. Următorul nivel al continuumului implică narcisismul malign, caracterizat de sadism egosintonic şi orientare paranoidă. Persoanele din această categorie diferă de indivizii psihopaţi prin faptul că aceştia au o oarecare capacitate de a fi loiali şi de a-şi face griji pentru ceilalţi. De asemenea, ei pot să realizeze că şi persoanele din jurul lor pot avea convingeri morale. A treia categorie de jos în sus în cadrul continuumului include pacienţii cu tulburare de personalitate narcisică, care manifestă comportament antisocial. Aceşti indivizi nu au componenta sadică sau cea paranoică, caracteristică

narcisistului malign, dar pot exploata alte persoane fără probleme, pentru a-şi atinge scopurile. Totuşi ei pot să simtă vină sau să-şi facă griji uneori şi pot fi capabili să facă planuri realiste pentru viitor. Dificultatea lor de a se implica în relaţii de obiect profunde poate fi reflectată în ceea ce pare să fie comportament antisocial. Urmărind evoluţia graficului, întâlnim comportamentul antisocial în alte tulburări de personalitate, cum ar fi borderline, histrionică sau cea paranoidă. Aceste fenomene au loc la indivizi cu structuri ale Supraeului mult mai dezvoltate. La vârf găsim indivizii cu caracteristici nevrotice care pot avea comportamente antisociale izvorâte dintr-un sentiment de vină, în speranţa că vor fi prinşi şi pedepsiţi. Toate variaţiile tulburărilor de personalitate narcisice şi antisociale pot fi prezente la indivizii care sunt fermecători şi manipulative de o asemenea manieră încât îi pot trage adesea pe alţii pe sfoară.

Diferenţierea psihodinamică a pacientului narcisic tratabil cu trăsături antisociale de nivel mai înalt, faţă de psihopatul adevărat netratabil este o abordare foarte complicată şi din cauza tendinţei tuturor pacienţilor antisociali de a induce în eroare clinicienii. Sunt foarte puţine studii care pot ajuta clinicianul în realizarea acestei diferenţieri, dar în cele ce urmează, voi examina miele dintre criteriile care pot fi folositoare în stabilirea capacităţii acestui pacient de a fi tratat sau nu.

17.3 Abordări terapeutice

17.3, 1 Tratamentul în spital

Există un consens larg că pacienţii cu comportament antisocial serios nu beneficiază de pe urma unei abordări terapeutice exclusiv prin psihoterapie în ambulatoriu (Frosch, 1983; Gabbard şi Coyne, 1987; Meloy, 1995;

Person, 1986; Reid, 1985). O anumită formă de instituţionalizare este necesară chiar şi pentru îmbunătăţirile modeste. Dacă este implicată în tratament şi psihoterapia, aceasta trebuie să înceapă într-un mediu supravegheat 24 de ore din 24. Aceşti indivizi orientaţi către acţiune nu vor conştientiza niciodată propriile stări afective atâta timp cât au posibilitatea să-şi elibereze impulsurile prin comportament. Doar atunci când sunt constrânşi să rămână spitalizaţi, personalul medical va putea observa manifestarea emoţiilor, cum ar fi anxietatea sau golul interior (Frosch, 1983; Person, 1986). Când aceşti pacienţi sunt integraţi în programe de tratament de zi, se raportează rate mari de renunţare la tratament Karterud et al. 2003).

Decizia de spitalizare a pacienţilor antisociali în unităţi obişnuite de psihiatrie care au pacienţi cu o varietate mare de diagnostice duce, de obicei, la regrete. Comportamentul agresiv al psihopatului poate interfera serios cu tratamentul altor pacienţi şi poate aduce programele terapeutice într-o atmosferă de haos. Aceşti pacienţi vor fura de la alţi pacienţi, îi vor exploata sexual şi îi vor ataca pe aceştia; de asemenea, vor minţi şi ridiculiza personalul medical, vor aduce pe ascuns droguri şi băutură în spital, vor ridiculiza tehnicile terapeutice şi vor corupe membri ai personalului să participe la activităţi necinstite şi lipsite de etică. Unii vor distruge în mod sistematic orice fel de alianţă terapeutică pe care alţi pacienţi au stabilit-o cu membrii personalului medical.

Dl il, un bărbat de 46 de ani, preot, a fost obligat de către superiorii săi clerici

să se interneze pentru tratament, deoarece comportamentul său producea haos în

Interiorul congregaţiei. Acesta a sedus câteva femei care frecventau biserica sa şi s-a delectat ai „subminarea credinţei lor”, sfidând chiar principiile de bază ale credinţei acestora. Modele similare de comportament şi relaţii de obiect au apărut şi pe parcursul spitalizării. DI II era tăcut în majoritatea întâlnirilor de grup, dar încet el a „otrăvit” atmosfera, devalorizând personalul medical prin discuţiile personale pe care le avea cu ceilalţi pacienţi, erodând în mod sistematic încrederea pacienţilor în tratament. El a abordat pacientele şi personalul medical de sex feminin ca pe nişte cuceriri şi chiar şi atunci când acting-outul său sexual era blocat de structura unităţii spitaliceşti, el a găsit alte modalităţi de a domina şi a umili persoanele de sex feminin. Adesea glumea cu alţi pacienţi despre meritele „sexuale” ale diferitelor asistente sau doctoriţe din clinică şi devaloriza expertizele tuturor membrilor personalului medical indiferent de sex.

Tratamentul său a luat sfârşit atunci când acesta a plănuit şi executat o fugă pe ascuns cu o pacientă din clinică. Chiar şi la câteva luni după plecarea domnului II, impactul lăsat de acesta încă îşi făcea simţită prezenţa în îndoiala pacienţilor cu privire la beneficiile tratamentului – o neîncredere care a fost alimentată de remarcile şi acţiunile acestuia.

Psihopaţii mai inteligenţi şi sofisticaţi pot prezenta altfel de probleme în mediul spitalicesc. Pentru că ei sunt conştienţi că spitalizarea este o soluţie mult mai confortabilă decât închisoarea, încearcă să îi păcălească pe medici că tratamentul este foarte eficient. Aceşti pacienţi

pot fi foarte fermecători şi pot convinge personalul medical că pot fi externaţi mai devreme decât era stabilit iniţial. Modificările comportamentale ale pacienţilor antisociali, care apar pe parcursul spitalizării, nu se păstrează de obicei şi după externare (Frosch, 1983). Aceşti pacienţi trec de obicei prin tratament fără să fie „atinşi" de acesta. Când revin, după ce au fost externaţi, la comportamentul lor antisocial anterior, membrii personalului medical se pot simţi revoltaţi, din cauza faptului că au fost înşelaţi de către aceşti pacienţi.

Pentru a evita irosirea unor cantităţi mari de timp, bani şi energie, medicii din spital trebuie să decidă care pacienţi antisociali ar merita o spitalizare psihiatrică. Există un consens larg acceptat că psihopaţii adevăraţi nu au ce căuta în clinicile psihiatrice obişnuite, pentru că ei nu pot avea niciun fel de beneficiu de pe urma unui tratament, probabil datorită faptului că ei au tendinţa să transforme această experienţă într-o situaţie de exploatare de genul „vulpea în coteţul găinilor". Unităţi psihiatrice speciale, cum ar fi cele din închisori (Kiger, 1967; Sturup, 1968), programe rezidenţiale comunitare nonmedicale (Reid şi Solomon, 1981) sau programe în sălbăticie (Reid, 1985), s-au bucurat de un oarecare succes cu pacienţii psihopaţi şi sunt în general văzute ca unică şansă pentru cei aflaţi în această categorie diagnostică.

În aceste instituţii specializate, cum ar fi Institutul Patuxent din Maryland sau Institutul Herstedvester din Danemarca, tratamentul psihopatiei este accentuat de omogenitatea mediului înconjurător. Aceste programe se bazează foarte mult pe confruntările pe perechi în cadrul grupului. Alţi psihopaţi simt obişnuiţi cu tehnicile de fraudare prin manipulare; când aceştia sunt confruntaţi în mod insistent, eficienţa lor este neutralizată. Aceste programe implică, de asemenea, o structură fixă cu reguli clare şi impuse rigid. Consecinţele încălcării oricărei reguli

sunt implementate rapid fără niciun fel de permisiune pentru târguieli sau explicaţii din partea pacientului (Reid, 1985; Yochelson şi Samenow, 1977). Totuşi, când aceste programe de tratament în detenţie pentru psihopaţi au fost studiate, beneficiile au fost departe de a fi clare (vezi D'Silva et al., 2004; Rice et al., 1992).

Pe măsură ce aceste instituţii au stabilit un control asupra vieţilor acestor pacienţi şi au blocat canalele obişnuite pentru descărcarea afectelor neplăcute prin acţiune, ei pot începe să-şi accepte propriile stări de anxietate şi agresivitate. Răspunsurile previzibile şi consecvente ale personalului medical la orice încercare de a sparge sistemul produc frustrare la fiecare demers. Aceste programe depind de mandatarea judecătorească, deoarece pacienţii vor dori să părăsească instituţia de îndată ce sentimentele neplăcute apar încet în conştiinţa acestora.

Un mic grup de pacienţi cu trăsături antisociale, de obicei cei cu tulburări de personalitate borderline sau narcisică, poate beneficia de o spitalizare voluntară într-o secţie de psihiatrie generală (Gabbard şi Coyne, 1987). Totuşi diferenţierea acestora de psihopatul adevărat poate fi dificilă din cauza reacţiilor de contratransfer intense produse de pacienţii antisociali. Profesioniştii de sănătate mintală, prin natura meseriei lor, sunt înclinaţi să fie caritabili şi amabili faţă de cei pe care îi tratează. Ei sunt predispuşi să acorde pacienţilor prezumţia de nevinovăţie şi să-i vadă ca fiind cât de cât tratabili oricât de rezistenţi ar părea. Această tendinţă poate conduce terapeuţii să minimizeze importanţa răutăţii pacienţilor psihopaţi şi să presupună că comportamentul lor antisocial chiar este „un strigăt de ajutor". Membrii personalului medical din spital, în mod special, au o tendinţă de a se vedea capabili să trateze pacientul care este netratabil. Ei pot acorda o energie extraordinară încercării de a relaţiona cu

pacientul, care nu are niciun fel de interes în acest fel de relaţii. În această încercare, ei pot ajunge la o coluziune cu tendinţa acestor pacienţi de a minimiza extinderea comportamentului lor antisocial şi patologia Supraeului lor. Un aspect al acestei negări de contratransfer este că clinicienii pot subdiagnostica psihopaţi, văzându-i astfel într-o formă mai tratabilă decât sunt ei în realitate. De exemplu, într-un studiu, doar jumătate dintre pacienţii care întruneau criteriile DSM-11I-I (American Psychiatric Association, 1987) pentru TRAS au primit acest diagnostic (Gabbard şi Coyne, 1987).

Subdiagnosticarea poate rezulta din faptul că aceşti pacienţi simt văzuţi mai degrabă ca narcisişti decât ca psihopaţi, ca imaturi – cu o structură de caracter care nu este încă bine „formată", sau drept consumatori de substanţe ca primă cauză. De fapt, consumul de substanţe poate fi folosit ca o scuză chiar de către aceştia. În unele cazuri, medicii pot fi de acord cu această scuză, aducând argumentul că faptele pacientului s-au produs doar atunci când se aflau sub influenţa drogurilor sau alcoolului, deci pacientul nu ar trebui să fie văzut ca un antisocial. Aceşti medici vor spune că tratarea acestui consum de substanţe va elimina comportamentul antisocial. Acest punct de vedere nu ia în considerare întrepătrunderea mare care există între psihopatie şi consumul de substanţe, aşa cum a fost descris mai sus. Mai mult, unele studii au arătat că un diagnostic de consum de substanţe comorbid nu îmbunătăţeşte perspectivele psihopatului pentru modificări psihologice (Gabbard şi Coyne, 1987; Woody et al., 1985).

Din cauza posibilităţii contaminării contratrasferenţiale în diferenţierea dintre pacientul antisocial tratabil şi psihopatul adevărat, criteriile obiective simt esenţiale pentru stabilirea acestei diferenţieri. Se ştie că nu te poţi baza pe „flerul" legat de diferite trăsături bune ale anumitor pacienţi. Într-un studiu

pe pacienţi spitalizaţi cu trăsături antisociale, au fost identificaţi trei factori de răspuns relativ bun la tratament pentru aceşti pacienţi aflaţi într-o clinică psihiatrică generală (Gabbard şi Coyne, 1987) (Tabel 17 – 2).

Aşa cum s-a discutat mai sus în acest capitol, prezenţa unui diagnostic pe Axa I de episod depresiv major elimină (conform definiţiei) prezenţa unei psihopatii adevărate. Pacienţii care întrunesc criteriile pentru o depresie pe Axa I au o oarecare dezvoltare a Supraeului şi o anumită capacitate, chiar dacă minimă, pentru remuşcări. În mod similar, prezenţa anxietăţii presupune o anumită îngrijorare a pacientului în legătură cu comportamentul său şi consecinţele acestui comportament. În cele din urmă, prezenţa pe Axa I a unui diagnostic de psihoză, cum ar fi mania, sugerează că un tratament farmacologic poate îmbunătăţi prognosticul. Este bine cunoscut faptul că indivizii aflaţi în plin episod maniacal prezintă adesea un comportament antisocial.

Tratamentul farmacologic nu s-a dovedit eficient pentru psihopatul adevărat (Halleck, 1981). Acelaşi studiu schiţează câţiva factori de răspuns negativ la tratament pentru aceşti pacienţi (vezi Tabelul 17 – 2). Atunci când nu există altă soluţie pentru menţinerea unui tratament la pacienţii psihopaţi, ei pot beneficia de o spitalizare nevoluntară într-o instituţie specializată. Psihopaţii care sunt obligaţi să accepte tratament spitalizat ca o alternativă la detenţie vor exploata pur şi simplu oportunitatea de a putea înşela personalul medical, care oricum este mai degrabă dornic să vadă aceşti pacienţi ca fiind bolnavi sau „dizabilitaţi” decât să-i vadă ca pe nişte criminali care au nevoie să fie pedepsiţi. În aceste condiţii, pacienţii fie vor „distruge” clinica, fie vor trece pur şi

Tabel 17 – 2. Factori de răspuns pozitiv sau negativ la tratamentul într-o clinică psihiatrică generală. Răspuns negativ

Antecedente de arest pentru infracţiune Antecedente de minciuni şi înşelăciuni repetate Situaţii legale nerezolvate la momentul internării Antecedente de condamnări pentru infracţiune Spitalizare forţată ca alternativă la închisoare Antecedente de violenţă faţă de alţii Diagnostic pe Axa I de leziune organică cerebrală

Răspuns pozitiv

Prezenţa anxietăţii Diagnostic pe Axa I de depresie

Diagnostic pe Axa I de psihoză, altul decât depresie sau sindrom organic cerebral *Notă.* **Bazat pe Gabbard şi Coyne, 1987.**

simplu prin etapele tratamentului fără niciun efect. Mulţi pacienţi vor folosi spitalul pentru „a se ascunde" de o situaţie juridică nerezolvată care presupune prezentarea în instanţă. Antecedente serioase de violenţă pot prevesti un răspuns slab la tratament, din cauza faptului că atunci când aceşti pacienţi devin frustraţi pot apela la violenţă, fie împotriva personalului medical, fie împotriva altor pacienţi. De asemenea, un deficit organic cerebral serios poate interfera cu abilitatea pacientului de a înţelege şi de a putea beneficia de feedbackul constructiv oferit de mediul spitalicesc, situaţie care poate în schimb să crească sentimentul de frustrare.

Pacienţii antisociali au rareori toţi factorii de prognostic pozitiv şi rareori le lipseşte unul dintre factorii de prognostic negativ din Tabelul 17 – 2. Deşi nu există pacient antisocial ideal, fiecare factor de prognostic pozitiv suplimentar creşte şansele pentru un tratament spitalizat

şi fiecare factor de prognostic negativ scade şansele pacientului pentru tratament (Gabbard şi Coyne, 1987).

Chiar şi cu un profil relativ favorabil, pacienţii antisociali prezintă o mulţime de dificultăţi într-un mediu psihiatric tipic. Doar tratamentul spitalizat pe termen lung are şanse să producă o modificare susţinută la aceşti pacienţi. Ei încearcă în mod natural să continue modelul lor de a reacţiona impulsiv, transformând sentimentele lor în fapte. Baza tratamentului trebuie deci să fie asigurată de o structură controlată strict. Încă din prima zi, medicii trebuie să anticipeze şi să se adreseze eventualelor forme de acting-out în spital. Anumite aşteptări trebuie clarificate încă de la internare. De exemplu, pacientului trebuie să i se explice că, consumul de substanţe, violenţa, furtul şi relaţiile sexuale cu alţi pacienţi nu vor fi tolerate. Dacă pacientul este un consumator cronic, toată corespondenţa trebuie deschisă în faţa personalului medical pentru a preveni contrabanda cu droguri. Pacienţilor trebuie să li se explice clar că vor fi însoţiţi de către personalul medical de fiecare dată când vor părăsi clinica şi că vor rămâne în acest regim pentru o perioadă destul de mare de timp. Accesul la telefon, bani sau cărţi de credit trebuie, de asemenea, restricţionat. Pacientul trebuie informat clar că orice fel de încălcare a acestui sistem va avea consecinţe, cum ar fi restricţia la cameră. Tratamentul va fi iniţial de probă – ca o perioadă de evaluare –, pentru a determina care este tratamentul care i se potriveşte cel mai bine pacientului. Toate aceste condiţii trebuie să fie scrise sub forma unui „contract” la momentul internării, pacientul având o copie a acestuia.

Personalul medical trebuie să îşi monitorizeze atent reacţiile de contratransfer, atât fiecare în parte, cât şi ca grup. Trei reacţii obişnuite ale personalului medical sunt neîncrederea, coluziunea şi condamnarea (Symington, 1980). *Neîncrederea* se exprimă prin negarea faptului că

pacientul chiar este foarte bolnav. Considerarea de către personalul medical a comportamentului antisocial ca fiind cauzat de consumul de substanţe sau de către probleme de adolescenţă poate duce la negarea prezenţei trăsăturilor antisociale şi considerarea pacientului ca deprimat sau neînţeles.

Coluziunea este una dintre cele mai problematice forme de contratransfer. Pe parcursul tratamentului spitalizat al pacienţilor antisociali aceştia încearcă frecvent să corupă personalul medical. Având credinţa că ajută pacientul, membrii personalului implicaţi în astfel de reacţii de contratransfer pot comite acte ilegale sau se pot comporta neetic. De asemenea, se ştie că aceştia pot să mintă în favoarea pacientului, să falsifice fişele medicale, să intre în relaţii sexuale cu pacienţii antisociali sau să-i ajute pe aceştia să fugă din spital. Aceste dezvoltări contratransferenţiale pot fi înţelese ca parte a procesului de identificare proiectivă prin care un aspect corupt al Sinelui pacientului intră în îngrijitor şi transformă comportamentul acestuia. Membrii personalului medical care se implică în astfel de acte de contratransfer adesea raportează situaţii de genul „parcă nu eram eu însumi”.

Altă modalitate de a conceptualiza aceste coluziuni de contratransfer este de a considera că ele sunt rezultatul a ceea ce Meloy (1988) numea pseudoidentificare malignă. În acest proces, „psihopatul imită în mod conştient sau simulează în mod inconştient un anumit comportament pentru a creşte identificarea victimei cu acest individ, astfel crescând vulnerabilitatea victimei faţă de exploatare” (p. 139). Simulând plânsul, remuşcarea sau tristeţea, pacienţii antisociali manipulează personalul medical pentru a empatiza cu ei. Dacă doar unul dintre îngrijitori vede această prezentare a Sinelui simulată, se poate ajunge la o ruptură în cadrul personalului medical. Cei implicaţi în pseudoidentificarea malignă vor apăra

ferm pacientul împotriva „atacurilor” din partea celorlalţi membri ai personalului. Meloy a subliniat că aceste afecte simulate ale pacientului pot fi adesea identificate prin sentimente de contratransfer sadice în faţa unei revărsări de tristeţe a pacientului şi prin recompensarea aparent rapidă a acestuia, lăsând observatorii cu impresia că au fost martorii unei performanţe.

Condamnarea este a treia reacţie de contratransfer frecventă. Se manifestă adesea în exprimări ale personalului medical de genul că pacientul este complet netratabil şi că nu merită să se facă niciun fel de efort pentru a se stabili o relaţie terapeutică. Această decizie poate fi luată evaluând în mod raţional factorii obiectivi, dar este mai adesea o reacţie automată la evocarea istoricului acţiunilor antisociale ale pacientului. Această reacţie automată poate fi considerată contratransferenţială, datorită faptului că se bazează pe experienţa anterioară a medicului cu alţi indivizi similari. Condamnarea care ia naştere dintr-o colaborare intensă cu pacientul poate fi înţeleasă ca o identificare proiectivă cu introiecţia agresivă a pacientului.

Alte reacţii de contratransfer frecvente în tratamentul pacienţilor antisociali includ sentimente de neajutorare şi neputinţă în faţa pacienţilor rezistenţi la tratament, dorinţe de a distruge pacientul care iau naştere din furie şi sentimente de incapacitate şi pierdere a identităţii (Strasberger, 1986). Personalul medical se teme adesea de atacuri agresive din partea acestor pacienţi, care sunt frecvent ameninţători şi periculoşi. Anumiţi pacienţi psihopaţi le evocă o frică intensă îngrijitorilor lor numai printr-o simplă privire Meloy, 1988.) Frica de atacuri din partea acestora poate determina personalul medical să evite impunerea unei organizări ferme de care pacientul are atâta nevoie. Explicaţia personalului medical pentru această organizare mai lejeră şi indulgenţă faţă de

pacient este evitarea provocării furiei şi violenţei pacientului. Probabil una dintre cele mai problematice reacţii de contratransfer este luarea în considerare a complexităţii psihologice a individului psihopat (Meloy, 1995). Personalul medical din instituţiile clinice are adesea mari dificultăţi să accepte faptul că psihopatul este fundamental *diferit* de ei. Acesta nu are niciun fel de grijă faţă de sentimentele sau siguranţa altor persoane şi interacţionează cu personalul medical doar pentru propriul lui interes. Psihopatul poate exploata acest punct sensibil al contratransferului prezentându-se pe sine ca identic cu îngrijitorii săi. Această *gemelaritate mrcisica* este o tactică frecventă pentru a-i înrola pe membrii personalului medical într-o coluziune coruptă. Convingând personalul medical că ei şi el sunt fundamental la fel, pacientul câştigă încrederea acestora şi odată cu aceasta mai multă libertate şi putere. Această acordare la personalul medical reflectă simţul puternic de empatie prezent la mulţi pacienţi psihopaţi, în ciuda imaginii tradiţionale a acestora de a nu putea fi empatici faţă de alţii.

Un aspect important al tratamentului pacienţilor antisociali pe perioada spitalizării trebuie să fie concentrarea asupra proceselor de gândire defectuoase (Yochelson şi Samenow, 1976). Când pozează în victime atunci când simt traşi la răspundere pentru faptele lor, ei trebuie să fie confruntaţi cu responsabilitatea pe care o au faţă de ceea ce fac. Personalul medical trebuie, de asemenea, să funcţioneze ca un Eu auxiliar în termenii de judecată. Personalul trebuie să sublinieze în permanenţă faptul că aceşti pacienţi nu reuşesc să anticipeze consecinţele comportamentului lor.

Pacientul antisocial tinde să treacă direct de la impuls la acţiune. De aceea, personalul medical trebuie să ajute aceşti pacienţii să însereze *gândirea* între impuls şi acţiune. Cu alte cuvinte, de fiecare dată când un pacient

antisocial are un impuls, personalul medical trebuie să-l încurajeze să se gândească la consecinţele acţiunilor lui. În mediu spitalicesc, pacienţii trebuie să înveţe că impulsurile şi acţiunile iau naştere din sentimente. Adesea limbajul emoţiilor le este atât de străin acestor pacienţi, încât ei nu-şi pot identifica propriile trăiri interioare. Impulsivitatea acestor pacienţi poate fi recunoscută prin riscul mare de suicid pe care îl prezintă. Într-un studiu din Colorado pe 4 745 de subiecţi, comportamentul antisocial a fost asociat cu riscul de suicid atât la femei, cât şi la bărbaţi (Verona et al., 2004). Autorii au observat că comportamentul suicidar în acest lot nu era neapărat legat de o tulburare depresivă comorbidă.

Toate aceste strategii se bazează pe domeniul „aici şi acum", pentru că explorarea originilor din copilărie la aceşti pacienţi este adesea nefolositoare. Orice încercare a pacientului antisocial de a corupe personalul medical trebuie să fie confruntată *atunci când apare.* Dacă intervenţia nu este făcută imediat după comportamentul de acting-out, pacientul poate să-l îndepărteze din minte sau să-l uite.

Deşi lipsa empatiei este considerată o caracteristică a TRAS, această abordare este problematică. Mulţi indivizi antisociali au o capacitate bine dezvoltată de a recunoaşte trăirile interne ale altei persoane pentru a putea să exploateze acea persoană. În aceste condiţii, o lipsă de compasiune sau rezonanţă emoţională poate fi o descriere mai bună pentru a caracteriza acest subgrup de pacienţi antisociali.

DI JJ, un bărbat de 40 de ani, a fost internat în spital pentru că susţinea că era deprimat după moartea soţiei şi copiilor într-un accident de maşină. El s-a prezentat profund îndurerat în faţa psihiatrei care l-a internat, ştiind că aceasta va fi impresionată

de devotamentul său profund pentru soţia sa decedată. A povestit pe larg cum relaţia cu soţia sa era totul pentru el. La un moment dat, i-a spus psihiatrei: „Nu făceam doar sex. Făceam dragoste”. Psihiatra a fost profund impresionată de felul în care a descris el relaţia sa intimă cu soţia sa şi era convinsă că spune adevărul. După ce a înşelat mai mulţi pacienţi vânzându-le loturi de pământ inexistente, a dispărut din spital. Mai târziu s-a aflat că dl JJ fabricase întreaga poveste despre familia sa şi că folosise aceeaşi metodă pentru a putea să se interneze la mai multe spitale unde îşi punea în aplicare planul de înşelătorie. Psihiatra lui s-a simţit înşelată şi umilită de întreaga situaţie.

17.3.2 Psihoterapia individuală

Psihoterapia individuală, în afara cadrului spitalului la pacienţii antisociali severi, este sortită eşecului. Afectele se vor transpune în fapte pentru că nu există un cadru care să le poată ţină sub control. Mai mult, minciunile şi înşelăciunile pacientului sunt atât de răspândite, încât terapeutul nu va mai şti ceea ce este real în viaţa pacientului. Într-o instituţie sau spital, sunt motive pentru un optimism prevăzător legat de psihoterapia cu un subgrup selectat de pacienţi antisociali. Având în vedere tratamentul medicamentos, sarcina terapeutului este să stabilească ce pacienţi merită timpul, efortul şi banii pentru un proces terapeutic pe termen lung cu un rezultat final nesigur.

În prezent, nu sunt suficiente date din studii empirice controlate care să ofere multe încurajări pentru un efort terapeutic. Meloy (1995) a furnizat axioma generală că severitatea psihopatiei ar trebui să fie invers proporţională cu eforturile terapeutice. El a mai arătat că siguranţa

clinicianului şi disponibilitatea unei supervizări trebuie să fie întotdeauna preocupări majore.

Psihopatul adevărat, în sensul dinamic, nu va răspunde la psihoterapie şi deci nici ea nu ar trebui să fie încercată (Kemberg, 1984; Meloy, 1988, 1995; Woody et al., 1985). Mergând de-a lungul continuumului, pacientul care are o tulburare de personalitate narcisică cu trăsături severe antisociale este întrucâtva mai uşor de influenţat de către psihoterapie. Aceşti pacienţi pot dezvălui în mod subtil sentimente de dependenţă în procesul de transfer, comportamentul lor antisocial poate avea o trăsătură exasperată legată de el şi „obiectul lor ideal" intern poate fi ceva mai puţin agresiv decât cei al unui psihopat adevărat (Kemberg, 1984; Meloy, 1988). Ei pot face încercări de justificare sau explicare a comportamentului lor, acest lucru reflectând existenţa unui sistem de valori rudimentar. Tratabilitatea lor va fi determinată în special de abilitatea lor de a realiza anumite aparenţe ale unui ataşament emoţional faţă de alţii şi de capacitatea lor de a exercita anumite funcţii ale unui Supraeu rudimentar.

Prezenţa unei depresii adevărate pare a fi un semn bun pentru şansele de psihoterapie, la fel cum este şi un factor de răspuns pozitiv la tratamentul spitalizat. Într-un studiu pe pacienţi cu TRAS care erau şi dependenţi de opiacee, prezenţa depresiei arăta că aceştia sunt potriviţi pentru psihoterapie, chiar dacă continuau să aibă manifestări comportamentale de psihopatie (Woody et al., 1985). Pacienţii antisociali din studiu care nu aveau depresie au răspuns slab la psihoterapie. Absenţa relaţionarii cu alte persoane a fost cel mai negativ factor de răspuns la tratament.

Clinicienii care evaluează pacienţii antisociali trebuie să se simtă liniştiţi atunci când nu recomandă niciun tratament. Această decizie poate fi luată perfect raţional bazată pe punctele puternice şi slabe ale pacientului şi pe

eventualul pericol reprezentat de pacient faţă de cei care încearcă să-l trateze. Această modalitate de a evalua tratabilitatea diferă foarte mult de răspunsul de contratransfer automat descris mai devreme. Meloy (1988), folosind experienţa sa îndelungată în psihoterapia psihopaţilor, a identificat cinci trăsături clinice care au contraindicaţia absolută pentru psihoterapie (Tabel 17 – 3). Răutatea sadică faţă de alte persoane, lipsa oricărei forme de remuşcare şi lipsa ataşamentului emoţional sunt trei elemente-cheie care diferenţiază psihopatul de pacientul narcisic cu şanse mai mari de răspuns la tratament. Sentimentele de contratransfer îngrijorătoare care îi produc terapeutului teamă pentru siguranţa proprie pot fi paralizante şi pot împiedica orice eforturi terapeutice constructive. În fine, contraindicaţiile paradoxale atât pentru cei cu un grad de inteligenţă ridicat, cât şi pentru cei cu unul scăzut reflectă priceperea deosebită a pacientului de a zădărnici procesul terapeutic sau inabilitatea cognitivă a acestuia de a înţelege intervenţiile terapeutului.

Înşelarea altor persoane este un mod de viaţă pentru pacienţii antisociali. Ei simt o stare de încântare sau chiar bucurie enormă de fiecare dată când reuşesc să-şi „păcălească" terapeutul (Bursten, 1972; Meloy, 1988). Invidia inconştientă faţă de trăsăturile pozitive ale terapeutului conduce la acest ciclu repetitiv de înşelăciuni. Sentimentul de triumf la reuşita unei minciuni este însoţit de dispreţ, acesta servind ca

Tabel 17 – 3. Trăsături clinice care contraindică orice formă de psihoterapie.

Antecedente de comportament violent sau sadic faţă de alte persoane care au avut ca

rezultat vătămare gravă sau moarte Absenţa

totală a oricărei forme de remuşcare sau explicare a comportamentului Grad de inteligenţă foarte ridicat sau un grad uşor de retardare mintală Incapacitate evidenţiată anamnestic de a dezvolta un ataşament emoţional faţă de alte persoane

Reacţie intensă de contratransfer, din partea clinicienilor experimentaţi, reprezentată de frica pentru propria siguranţă, chiar şi în absenţa unor comportamente precipitante clare din partea pacientului

Sursa. **Bazat pe Meloy, 1988.**

mecanism de apărare împotriva invidiei. Evitarea pacientului de a intra într-o colaborare strânsă cu terapeutul are rolul de a preveni sentimentele de invidie, dar lasă pacientul cu un sentiment de gol interior.

Dacă terapeuţii pot accepta că aceşti pacienţi sunt capabili de a-i înşela, ei pot continua psihoterapia bazându-se pe recomandările terapeuţilor care au o experienţă îndelungată cu acest gen de pacienţi (Adler şi Shapiro, 1969; Frosch, 1983; Kemberg, 1984; Lion, 1978; Meloy, 1988, 1995; Person, 1986; Reid, 1985; Strasberger, 1986; Vaillant, 1975). Aceste recomandări pot fi concentrate în şapte principii fundamentale:

1. *Terapeutul trebuie să fie constant, temce şi total incoruptibil.* El trebuie să fie foarte scrupulos în menţinerea normalităţii procedurilor terapeutice, mai mult decât în cazul oricărui alt grup (Person, 1986). Devierea de la structura şi contextul uzual al şedinţelor este nerecomandată. Aceşti pacienţi vor face absolut orice să corupă terapeutul într-o abordare neetică şi neonestă. Filmul lui David Mamet, *House of Games* (1987), descrie pericolele încercărilor de ajutorare a pacienţilor antisociali

prin îndepărtarea de la rolul de terapeut şi supraimplicarea în viaţa pacientului.

2. *Terapeutul trebuie să confrunte în mod repetat negarea pacientului şi minimizarea comportamentului antisocial.* Negarea permanentă se infiltrează chiar şi în exprimarea verbală a pacientului antisocial. Dacă pacientul spune, „Ce l-am păcălit pe acesta”, terapeutul trebuie să clarifice, „Deci, eşti un hoţ”. Dacă pacientul spune, „L-am terminat pe tipul acela”, atunci terapeutul trebuie să-l confrunte cu răspunsul, „Atunci eşti un criminal”. Această tehnică de confruntare repetată îi dă posibilitatea terapeutului să ajute aceşti pacienţi să conştientizeze tendinţa de externalizare a tuturor responsabilităţilor şi astfel ei să înceapă să realizeze şi să accepte responsabilitatea pentru comportamentul lor antisocial.

3. *Terapeutul trebuie să ajute pacientul să-şi conecteze acţiunile cu stările interioare.* Ca şi în cazul pacienţilor antisociali supuşi tratamentului spitalizat, cei aflaţi în psihoterapie individuală necesită educaţie în acest domeniu.

4. *Confruntările comportamentelor actuale sunt mult mai eficiente decât interpretările materialului inconştient din trecut.* În particular, denigrarea terapeutului de către pacient şi devalorizarea dispreţuitoare a procesului terapeutic trebuie să fie contestate în mod repetat.

5. *Contratransferul trebuie să fie monitorizat riguros pentru a preveni acting-out-ill terapeutidui.* Orice fel de coluziune trebuie să fie evitată atent, în ciuda tendinţei de a „merge pe calea rezistenţei minime”.

6. *Terapeutul trebuie să evite să aibă aşteptări excesive de îmbunătăţire.* Pacienţii antisociali vor detecta acest *furor terapeuticus* şi se vor bucura grozav dacă pot zădărnici dorinţa terapeutului de a-i schimba.

Terapeuţii a căror stimă de sine depinde de

ameliorarea stării acestor pacienţi nu ar trebui să trateze pacienţi antisociali. 7. *Afecţiunile tratabile, cum ar fi tulburările de Axa I, ar trebui să fie identificate şi tratate.*

Ar mai fi de adăugat ceva. Terapeuţii care tratează pacienţii antisociali nu se pot aştepta să menţină o poziţie neutră în ceea ce priveşte activităţile antisociale ale pacienţilor. A încerca acest lucru ar însemna garanţia coluziunii cu acţiunile pacientului. Mai la obiect, scandalizarea morală a terapeutului va fi evidentă în nenumărate comunicări verbale şi intonaţii ale vocii, astfel încât pacientul va vedea orice efort de neutralitate ca fiind ipocrit. Când terapeuţii rămân şocaţi de un comportament al pacientului, ei ar trebui pur şi simplu să o spună (Gedo, 1984). Empatia, în acord cu abordarea psihologică a Sinelui, este atât neindicată, cât şi conspirativă în astfel de cazuri.

Chiar în cazul în care terapeutul poate naviga printre numeroasele obstacole de rezistenţă pe care le prezintă un pacient antisocial, încercările de a fi eficient se pot întoarce împotriva lui. Terapeuţii competenţi, care sunt capabili să se ferească să fie distruşi de către pacient simt cei care trezesc cel mai frecvent în pacient sentimente de invidie intensă, care pot ieşi la suprafaţă ca ură faţă de obiectul idealizat sau îndrăgit (de exemplu, terapeutul), ducând în final la o reacţie terapeutică negativă şi refractară. În ciuda acestor vicisitudini, mulţi clinicieni experimentaţi cred că încercările terapeutice cu aceşti pacienţi dau rezultate suficient de frecvent pentru a merita aceste eforturi eroice.

17.3.3 Perspective asupra prevenţiei

Cunoştinţele noastre tot mai bogate despre întrepătrunderea genetică cu factorii de mediu în patogenia TRAS deschid posibilităţi de prevenţie prin

intermediul abordării părinţilor sau îngrijitorilor copiilor cu risc, aflaţi la vârste fragede. Nagin şi Tremblay (2001) au urmărit traiectoriile de dezvoltare pentru agresiunea fizică la 1 037 de băieţi în vârstă de la 6 la 15 ani aflaţi într-o populaţie cu risc înalt. Băieţii de grădiniţă care au prezentat un nivel înalt de hiperactivitate şi opoziţie au avut un risc mai mare pentru agresiune persistentă. Totuşi la aceşti băieţi de grădiniţă care manifestau un nivel înalt de agresiune fizică, trăsătura caracteristică a fost faptul că la naştere mamele au avut o vârstă adolescentină şi un nivel educaţional scăzut. Important în acest studiu este faptul că doar caracteristicile mamei au avut o valoare predictivă importantă. Caracteristicile tatălui nu au avut valoare predictivă.

Reiss et al. (1995, 2000) au accentuat faptul că comportamentul antisocial este parţial predictibil de către reacţiile parentale excesiv de dure la caracteristicile moştenite ale copilului. Se poate specula că o intervenţie timpurie cu terapie de familie sau poate terapie individuală cu mamele copiilor cu risc înalt poate ajuta la prevenirea dezvoltării unui comportament antisocial sau chiar a TRAS. Deşi nu există încă studii care să confirme această ipoteză, rezultatele unui studiu de urmărire pe termen lung a impactului vizitelor la domiciliu a unui asistent social asupra comportamentului antisocial al copilului sunt foarte sugestive (Olds et al., 1998). Investigatorii au desemnat prin randomizare un asistent social pentru noile mame cu risc înalt. Vizitele au început din timpul sarcinii şi au continuat până la vârsta de 2 ani a copilului. Grupul de comparaţie a beneficiat de îngrijire prenatală standard şi servicii clinice de creşă. Mamele înrolate erau în proporţie de 85 tinere, necăsătorite sau cu un statut socioeconomic scăzut. Vizitele asistenţilor sociali au fost în medie de 9 ori în timpul sarcinii şi de 23 de ori în perioada de la naştere până la vârsta de 2 ani a copilului. La aceste vizite s-a pus

accentul pe trei aspecte ale funcţionării materne: comportamente legate de sănătate, îngrijire competentă a copilului şi dezvoltare personală maternă. După o perioadă de urmărire de 15 ani, adolescenţii născuţi de mame care au primit asistenţă au avut rate semnificativ mai scăzute de comportament antisocial decât subiecţii de control. De asemenea, ei au prezentat rate mai scăzute de abuz de substanţe şi mai puţini parteneri sexuali de-a lungul vieţii.

Aceste concluzii ridică şi posibilitatea că intervenţiile psihoterapeutice timpurii pot fi de ajutor asupra influenţei exprimării genelor care conduc la comportamentul antisocial. Un beneficiu neglijat al psihoterapiei individuale este impactul pozitiv al acesteia asupra copiilor pacientului. În lumina pesimistă care înconjoară tratamentul TRAS, strategiile de prevenire simt de o importanţă crucială din punctul de vedere al sănătăţii publice.

18. Grupa B

Tulburări de personalitate

Isterică şi histrionică

Criteriile DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2000) pentru tulburarea de personalitate histrionică (vezi Tabelul 18 – 1) nu cuprind personalitatea isterică bine integrată şi cu funcţionare mai înaltă. Această ultimă tulburare are o tradiţie lungă printre clinicienii dinamici. Din păcate, criteriile pentru tulburarea de personalitate histrionică simt atât de apropiate de tabloul clinic prezentat de pacienţii narcisici şi borderline, încât nu se pretează uşor în ceea ce-l priveşte pe pacientul isteric tradiţional. Deoarece atât tulburarea de personalitate isterică de înalt nivel, cât şi tulburarea de

personalitate histrionică mai primitivă se întâlnesc frecvent în practica clinică, ambele sunt tratate în acest capitol într-un efort de a realiza distincţii clinice utile.

18.1 Isteric versus histrionic

Natura puternic ateoretică a criteriilor tulburării de personalitate în DSM-IV-TR este deosebit de problematică atunci când luăm în considerare pacienţii cu tendinţe isterice sau histrionice. Pentru a determina tratamentul apropiat pentru acest grup divers de pacienţi, o evaluare psihodinamică atentă este mult mai crucială decât o catalogare descriptivă a comportamentelor manifeste. O sursă primară de confuzie în literatura corelată a fost constituită de tendinţa de a pune bază pe caracteristicile comportamentale în locul înţelegerii psihodinamice.

O altă sursă de confuzie este aceea că termenul *isteric* a fost folosit nu doar pentru a descrie o tulburare de personalitate, dar şi pentru a se referi la o boală, cu majoritate feminină, caracterizată prin operaţii frecvente şi plângeri somatice multiple, şi pentru a denumi simptome

Tabel 18 – 1. Criteriile DSM-IV-TR pentru tulburarea de personalitate histrionică.

Un pattern pervaziv de emotivitate excesivă şi de căutare a atenţiei, începând cu vârsta adultă tânără şi prezent într-o varietate de contexte, aşa cum este indicat de cinci (sau mai multe) dintre următoarele:

(1) nu se simte bine în situaţiile în care el sau ea nu se află în centrul atenţiei

(2)

(3) interacţiunea cu ceilalţi se caracterizează frecvent printr-un comportament seducător sexual

inapropriat sau printr-un comportament provocator

(4)

(5) prezintă o expresie a emoţiilor superficială şi rapid schimbătoare

(6)

(7) foloseşte în mod consecvent înfăţişarea fizică pentru a atrage atenţia asupra sa

(8)

(9) are un stil de vorbire care este excesiv de impresionist şi lipsit de detalii

(10)

(11) manifestă autodramatizare, teatralitate şi o expresie exagerată a emoţiei

(12)

(13) este sugestibil, adică e uşor influenţat de alţii sau de circumstanţe 8 consideră relaţiile ca fiind mai intime decât sunt de fapt

(14)

Sursă. **Retipărit după Asociaţia Psihiatrică Americană,** *Manual statistic şi diagnostic al tulburărilor mintale Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders,* **ediţia a patra, text revizuit, Arlington, VA, American Psychiatric Association, 2000). Copyright, 2000, American Psychiatric Association. Folosit cu permisiune.**

conversive variate, cum ar fi paralizia sau orbirea, care nu au bază organică. Afecţiunea anterioară, cunoscută şi ca isteria lui Briquet sau sindromul lui Briquet, este cuprinsă acum în tulburarea somatoformă în DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2000). Simptomele conversive pot fi găsite acum pe Axa I, fiind cuprinse în tulburarea de conversie. Simptomatologia de conversie isterică este cea care i-a deschis lui Freud porţile inconştientului şi a dus la dezvoltarea psihanalizei.

Freud a înţeles simptomele conversive ca fiind simptome fizice simbolice care reprezentau dorinţe instinctuale deplasate şi refulate. Totuşi, există un consens larg în psihiatria modernă asupra faptului că simptomele de conversie isterică şi tulburarea de personalitate isterică nu sunt corelate nici clinic, nici psihodinamic (Chodoff, 1974). Deşi simptomele de conversie pot apărea în contextul tulburării de personalitate isterice, ele pot să apară şi într-o largă varietate de alte diagnostice de personalitate.

În timpul primei jumătăţi de secol, conflictele intrapsihice asociate cu personalitatea isterică au fost considerate a fi derivate din probleme de dezvoltare genital-oedipiene. Parte din moştenirea muncii lui Freud cu simptomele de conversie isterică a fost reprezentată de viziunea mai generalizată conform căreia sexualitatea refulată era de importanţă capitală atât în nevrozele de caracter, cât şi în simptomele nevrotice. Eforturile psihanalitice nesatisfăcătoare clinic de a-i trata pe aceşti pacienţi i-au făcut pe unii să pună sub semnul întrebării formularea lui Freud. Începând cu articolul clasic din 1953 al lui Marmor, literatura psihiatrică a identificat probleme pregenitale ca fiind centrale în patogeneza tulburării de personalitate isterice (Chodoff, 1974).

Literatura din ultimele trei sau patru decade a înregistrat o convergenţă de opinii cu privire la existenţa atât a pacienţilor isterici „sănătoşi”, cât şi a celor „bolnavi” (Baumbacher şi Amâni, 1980 – 1981; Blacker şi Tupin, 1977; Chodoff, 1974; Easser şi Lesser, 1965; Horowitz, 1997, 2001; Kemberg, 1975; Lazare, 1971; Sugarman, 1979; Wallerstein, 1980 – 1981; Zetzel, 1968). Pacienţii isterici „sănătoşi” au fost numiţi în feluri variate, inclusiv „buni”, „faliei” şi „adevăraţi”. Încă şi mai multe etichete le-au fost aplicate celor din ultimul grup – „isterici orali”, „aşa-numiţii buni isterici”, „isteroizi” şi „personalităţi infantile”. Din motive de claritate, mă voi referi în acest

capitol la grupul mai sănătos ca fiind cei cu tulburare de personalitate isterică şi la grupul mai perturbat ca fiind cei cu tulburare de personalitate histrionică.

Definirea interrelaţiei exacte dintre personalitatea isterică şi cea histrionică este un proces controversat. Deşi unii au argumentat că cele două simt doar simple gradaţii de-a lungul unui continuum (Blacker şi Tupin, 1977; Lazare, 1971; Wallerstein, 1980 – 1981; Zetzel, 1968), alţii au văzut cele două grupuri ca fiind atât de diferite, încât să constituie entităţi distincte (Baumbacher şi Amâni, 1980 – 1981; Sugarman, 1979). Horowitz (1997, 2001) a observat că pacienţii care demonstrează a avea un stil interpersonal caracteristic pentru o tulburare de personalitate histrionică pot fi din punct de vedere psihiatric sănătoşi, nevrotici, narcisici ori borderline în termenii coerenţei identităţii lor şi ai continuităţii consideraţiei lor pentru ceilalţi. Aceste niveluri se diferenţiază după nivelul de integrare a Sinelui şi a altora în schemele individului asupra persoanei. Schemele de tip „complet bun” şi „complet rău” care sunt clivate una de cealaltă se asociază cu nivelul borderline. Pacientul histrionic organizat la un nivel vulnerabil narcisic are o schemă de sine cu grad mai mare de coeziune, dar este vulnerabil în a se simţi grandios sau extrem de sărăcit. Aceşti indivizi îi văd de asemenea pe ceilalţi ca pe extensii ale lor. Pacientul histrionic organizat la nivel nevrotic, în modelul lui Horowitz, are conflicte interne nerezolvate vechi care sunt puse în act în cicluri repetitive de relaţii maladaptive în sfera intimităţii şi a muncii. Pentru scopurile acestei discuţii, pacientul histrionic organizat la nivel nevrotic este considerat identic cu pacientul cu tulburare de personalitate isterică, pe când pacienţii cu personalităţi organizate la nivel narcisic sau borderline sunt cuprinşi în grupul considerat a avea o tulburare de personalitate histrionică.

Ceea ce pare a lega persoanele isterice şi histrionice este o suprapunere în ceea ce priveşte caracteristicile comportamentale aparente, cum ar fi emotivitatea labilă şi superficială, căutarea atenţiei, funcţionarea sexuală perturbată, dependenţa şi neputinţa şi autodramatizarea. Aceste calităţi au ajuns să fie asociate cu folosirea termenului „isteric" de către persoane nespecializate pentru a desemna hiperreacţia dramatică. Paradoxul este că aceste caracteristici sunt mult mai tipice pentru pacienţii histrionici decât pentru cei isterici. Aşa cum a observat Wallerstein (1980 – 1981): „Cei care, din punct de vedere comportamental, par mai isterici în sensul tipului de caracter isteric dramatic sau flamboiant sunt chiar aceia care arată mai puţin isterici în sensul dinamicii istericului „bun" sau „adevărat" (p. 540). Zetzel (1968) a observat în mod similar că „aşa-numiţii isterici buni" cu aparenţă isterică floridă sunt frecvent luaţi greşit drept pacienţi isterici analizabili, de nivel înalt, deşi sunt de fapt organizaţi primitiv şi dificil de analizat – pacienţii la care mă refer ca având o tulburare de personalitate histrionică.

Literatura care face distincţia dintre cele două grupuri poate fi rezumată prin prezentarea caracteristicilor care diferenţiază tulburarea de personalitate isterică de tulburarea de personalitate histrionică (Easser şi Lesser, 1965; Kemberg, 1975; Lazare, 1971; Sugarman, 1979; Zetzel, 1968; Tabel 18 – 2). Personalitatea histrionică este mai floridă decât cea isterică în practic orice fel. Toate criteriile simptomatice din DSM-IV-TR sunt mai exagerate la persoana histrionică. O mai mare labilitate a afectului, o impulsivitate mai mare şi un comportament seductiv mai accentuat sunt toate caracteristici definitorii. Sexualitatea acestor pacienţi este frecvent atât de directă şi de nemodulată, încât poate de fapt să-i „inhibe" pe membrii sexului opus. Nevoia lor imperioasă, exhibiţionistă de a fi în centrul atenţiei poate

să dea greş şi în relaţiile cu alţii din cauza naturii sale dure. În această privinţă, aceşti pacienţi au mult în comun cu persoane care au o tulburare de personalitate narcisică.

Prin contrast, persoanele care au o tulburare de personalitate isterică adevărată pot fi dramatice şi exhibiţioniste într-un mod mult mai subtil, iar sexualitatea lor poate fi exprimată mai cochet şi mai atractiv. În plus, Wallerstein (1980 – 1981) a sugerat că un grup de pacienţi isterici de înalt nivel nu sunt deloc dramatici sau flamboianţi. El i-a descris pe aceşti pacienţi ca fiind „persoane care nu ies în evidenţă, timide şi chiar cu limba legată în întâlnirea interpersonală, la extrem, retrase şi total inhibate în comportament şi interacţiuni” (p. 540). El a subliniat în mod persuasiv că o focalizare pe comportamentul manifest mai degrabă decât pe dinamica subiacentă poate avea drept rezultat un diagnostic greşit.

Pacienţii cu tulburare de personalitate isterică au frecvent un succes rezonabil în muncă şi demonstrează a avea ambiţie, precum şi competitivitate constructivă. Acest control activ se poate juxtapune cu trăsătura de dependenţă, de lipsă de scop, de neputinţă, care-i împiedică pe pacienţii histrionici să reuşească cu excepţia manipulării celorlalţi pentru a le împlini nevoile. Pe când pacientul isteric adevărat a atins nivelul relaţiilor de obiect întreg mature, caracterizate prin teme oedipiene triangulare, şi a fost în stare să formeze relaţii semnificative cu ambii părinţi, pacientul histrionic este fixat la un nivel diadic mai

Tabel 18 – 2. Diferenţierea tulburării de personalitate isterică de tulburarea de personalitate histrionica.

Tulburarea de personalitate isterică	**Tulburarea de personalitate histrionică**
Emotiv	**Emotivi**

itate restrânsă şi circumscrisă	**tate floridă şi generalizată**	
Exhibiţionism sexualizat şi nevoie de a fi iubit	**Exhibiţionism lacom cu o calitate orală, de cerere, care este „rece” şi mai puţin atrăgătoare**	
Control bun a impulsului	**Impulsivitate generalizată**	
Comportament seductiv subtil atrăgător	**Comportament seductiv grosier, neadecvat şi care ţine la distanţă**	
Ambiţie şi competitivitate	**Lipsa de scop şi neputinţă**	
Relaţii de obiect mature, triangulare	**Relaţii de obiect primitive, diadice, caracterizate prin aderenţă, masochism şi paranoia**	

Separările de obiectele iubite pot fi tolerate	**Apare o anxietate de separare copleşitoare când este abandonat de obiectele iubite**
Suprau strict şi unele apărări obsesionale	**Suprau lax şi o predominanţă a apărărilor primitive, cum ar fi clivajul şi idealizarea**
Dorinţe de transfer sexualizate se dezvoltă gradat şi sunt privite ca nerealiste	**Dorinţe de transfer sexualizate intense se dezvoltă rapid şi sunt privite ca realiste**

primitiv al relaţiilor de obiect caracterizate frecvent prin aderenţă, masochism şi paranoia.

Pacienţii isterici pot tolera separarea de obiectele iubite chiar dacă ei pot identifica acele relaţii ca fiind principalul lor domeniu de dificultate. Pacienţii histrionici, pe de altă parte, sunt frecvent copleşiţi de anxietatea de

separare când sunt separaţi de obiectele iubite. Supraeul strict şi alte apărări obsesionale ale pacientului isteric contrastează cu Supraeul lax tipic al pacientului histrionic şi cu apărările mai primitive predominante, cum ar fi clivajul şi idealizarea.

Când pacienţii isterici încep psihoterapia sau psihanaliza, dorinţe sexualizate de transfer se dezvoltă gradat într-un timp considerabil şi sunt văzute în general ca fiind nerealiste de către pacienţii înşişi. Pacienţii histrionici, pe de altă parte, dezvoltă aproape imediat dorinţe de transfer pe care le văd frecvent ca pe expectaţii realiste. Când dorinţele sunt frustrate, pacientul poate deveni furios pe terapeut pentru că nu îl gratifică. Zetzel (1968) a subliniat că pacientul isteric are capacitatea de a diferenţia alianţa terapeutică de sentimentele de transfer şi că această capacitate este intim legată de abilitatea de a separa realitatea internă de cea externă, o funcţie a Eului care este compromisă la pacientul histrionic.

Trăsăturile care disting tulburarea de personalitate histrionică scot în evidenţă relaţia sa apropiată cu tulburarea de personalitate borderline. Kemberg (1975), de exemplu, a conceptualizat explicit personalitatea infantilă ca având o organizare a personalităţii subiacente de tip borderline. Aceşti pacienţi nu se apără atât de sexualitatea genitală, cât se apără de oralitatea primitivă (Lazare, 1971).

Pe de altă parte, pacienţii cu tulburare de personalitate isterică se prezintă de obicei cu probleme care au de-a face cu sexualitatea genitală per se sau cu dificultăţile cu obiectele sexuale din viaţa lor. Deşi femeia isterică a fost descrisă clasic ca „frigidă” sau anorgasmică, ea poate fi, de asemenea, promiscuă sau poate atinge orgasmul complet, dar să fie nesatisfăcută în mod fundamental cu relaţiile ei sexuale. Poate fi incapabilă să-şi ia un angajament sentimental sau sexual faţă de un bărbat

care este potrivit pentru ea, îndrăgostindu-se în schimb fără speranţă de un bărbat indisponibil. O altă problemă recurentă pentru pacienta isterică este aceea că bărbaţii interpretează frecvent greşit acţiunile ei ca fiind avansuri sexuale, şi ea este surprinsă în mod continuu de această neînţelegere – un fapt care reflectă natura inconştientă a comportamentului ei seductiv.

18.2 Sexul şi diagnosticul

Pe parcursul întregii istorii a psihiatriei, personalitatea isterică a fost asociată cu sexul feminin. Această tendinţă de a gândi diagnosticul doar în legătură cu femeile se corelează mai mult cu stereotipurile culturale de rol sexual decât cu mecanismele psihodinamice. Halleck (1967) a subliniat că, în societatea noastră, bărbaţii deprivaţi tind să-şi nege propriile nevoi şi să-i atace pe cei de care se consideră respinşi. Pe de altă parte, în societatea noastră, nu se aşteaptă ca femeile să-şi nege nevoile de dependenţă şi au „puţine oportunităţi să-şi exprime agresivitatea direct" (p. 753). Copiii de sex feminin „sunt mai susceptibili să se adapteze la deprivare căutând să lege oameni de ei prin relaţii în care femeia îşi asumă un rol înalt dependent" (p. 753). Alţii (Hollender, 1971; Lerner, 1974) au observat că trăsăturile personalităţii isterice reflectă expectaţiile culturale despre cum se aşteaptă ca femeile să se adapteze în societatea americană. O altă contribuţie uluitoare la tendinţa copleşitoare de a vedea personalitatea isterică ca pe o boală a femeilor este faptul că, cu câteva excepţii, literatura despre această tulburare a fost scrisă în întregime de bărbaţi (Chodoff şi Lyons, 1958; Luisada et al., 1974).

În ciuda asocierii predominante dintre personalitatea isterică şi feminitate, tulburarea de personalitate isterică a

fost extins documentată la bărbaţi (Blacker şi Tupin, 1977; Bollas, 2000; Cleghorn, 1969; Halleck, 1967; Kolb, 1968; Lubbe, 2003; Luisada et al „1974; Mackinnon şi Michels, 1971; Malmquist, 1971). Descrierile pacienţilor isterici bărbaţi se încadrează în două subtipuri largi: cel hipermasculin şi cel pasiv/ efeminat, Cei din subtipul hipermasculin sunt analogi în mod direct cu isterica clasică prin aceea că sunt caricaturi ale masculinităţii. Aşa cum am notat în Capitolul 16, un studiu asupra 655 de studenţi de colegiu (Klonsky et al., 2002) a găsit că atât trăsăturile narcisice, cât şi cele histrionice erau asociate cu femei şi bărbaţi care se comportau în mod tipic sexului lor. Ei pot fi „Don Juani" care se comportă seducător faţă de toate femeile şi pot chiar să aibă un comportament antisocial. Subtipul bărbaţilor pasivizefeminaţi pot fi bărbaţi „ostentativi" (Mackinnon şi Michels, 1971), homosexuali flamboianţi sau heterosexuali pasivi, impotenţi cărora le este teamă de femei. Aceeaşi distincţie dintre personalitatea isterică de nivel înalt şi personalitatea histrionică de nivel mai scăzut poate fi făcută şi la pacienţii bărbaţi, fiind bazată în mare parte pe aceleaşi criterii folosite pentru a face distincţia dintre cele două grupuri de femei.

Într-un studiu asupra 27 de bărbaţi cu tulburare de personalitate isterică, Luisada et al. (1974) au găsit că marea majoritate erau heterosexuali, dar că toţi aveau o anumită formă de relaţii sexuale perturbate. Comportamentele antisociale, cum ar fi minciuna şi lipsa de respect a obligaţiilor, erau probleme comune în grup, aşa cum erau şi alcoolul şi abuzul de drog. Aceşti investigatori au identificat atât subtipul pasiv/efeminat, cât şi pe cel hipermasculin, cu relaţii instabile tipice pentru ambii. Mulţi dintre aceşti pacienţi ar primi probabil un diagnostic de tulburare de personalitate narcisică, unii cu trăsături antisociale, dar ca grup, ei tind să aibă mult mai

multă căldură şi empatie pentru alţii decât narcisicul adevărat. Deşi unii cercetători au încercat să lege psihopatia şi tulburarea de personalitate histrionică (Hamburger et al., 1996), literatura aduce un suport mai degrabă slab pentru noţiunea că tulburarea de personalitate histrionică este o variantă de tip feminin a psihopatiei sau a tulburării de personalitate antisociale (Cale şi Lilienfeld, 2002). Mitchell (2000) a argumentat că, prin feminizarea simptomelor isteriei în timp, pacienţii isterici bărbaţi au devenit marginalizaţi în teoria şi practica psihanalitică. Şi totuşi multe dintre aceleaşi teme apar la ambele sexe când au o tulburare de personalitate isterică sau histrionică. Acestea cuprind comportamentul seductiv, promiscuitatea, gelozia sexuală, aspiraţia către iubirea ideală, capriciile şi sexualizarea.

18.3 Stilul cognitiv şi mecanismele de apărare

Un aspect al funcţionării intra-psihice care leagă tulburările de personalitate isterică şi histrionică este *stilul cognitiv*. Shapiro (1965) a identificat stilul cognitiv tipic pentru pacienţii cu aceste tulburări de personalitate ca fiind „global, relativ difuz şi lipsit de precizie, mai des de detalii precise, într-un cuvânt, este impresionist” (p. 111). Când un terapeut îl întreabă pe un pacient cu acest stil cognitiv „Cum a fost weekendul tău?”, răspunsul este foarte probabil a fi de genul „grozav” sau „de groază”, fără niciun detaliu de sprijin. Acelaşi fel de răspuns este probabil aplicat şi figurilor semnificative din viaţa pacientului. Când o pacientă isterică a fost pusă să-şi descrie tatăl, ea a răspuns „E super!”. În mod similar, când pacienţii cu această formă de stil cognitiv abordează o sarcină, cum ar fi testarea psihologică, ei simt înclinaţi să evite să se concentreze asupra faptelor şi să răspundă în schimb intuitiv. Când un bărbat inteligent, profesionist de

mare succes, a fost pus să estimeze populaţia Statelor Unite, el a răspuns grăbit „Nu ştiu. Cred că în jur de 5 miliarde”. Când psihologul l-a presat pentru a spune ceva mai mult despre subiect, bărbatul a recunoscut că a spus populaţia lumii mai degrabă decât populaţia ţării. Pacientul nu era ignorant, dar stilul lui cognitiv histrionic l-a făcut să se opună concentrării pe asemenea detalii. Terapeutul poate să aibă de suportat o frustrare considerabilă, de exemplu în obţinerea de date în legătură cu istoria familială a unui pacient.

Acest stil cognitiv global, cu rolul de a impresiona, este strâns legat de folosirea unor mecanisme de apărare de către pacienţii isterici şi histrionici (Horowitz, 1977 a, 1997, 2001). Aceşti pacienţi inhibă prelucrarea informaţiilor cu scopul de a bloca emoţiile puternice. Refularea, negarea, disocierea şi represia sunt strategii defensive care scad, de asemenea, excitaţia emoţională. Aceşti pacienţi pot spune „Nu ştiu” când ei de fapt vor să spună „Nu trebuie să ştiu” (Horowitz, 1997). În primele lucrări despre isterie, această blocare a legăturii emoţionale era frecvent descrisă ca *la belle indifference,* referindu-se la aparenta lipsă de preocupare a pacientei faţă de simptomele ei de conversie. Stilul cognitiv isteric sau histrionic poate fi vinovat pentru acest eşec de a integra sau de a recunoaşte implicaţii, consecinţe şi detalii ale experienţei.

Pe de altă parte, această inhibiţie a excitaţiei emoţionale alternează în general cu expresii emoţionale exagerate, menite să provoace reacţii la alţii. Pacienţii isterici/histrionici îşi etalează atenţia global şi difuz, dar mult din concentrarea lor este asupra atenţiei pe care le-o acordă ceilalţi.

Stările disociative, precum simptomele de conversie, au fost frecvent clasificate ca fenomene isterice, chiar dacă au fost găsite la pacienţi cu o varietate de diagnostice.

Manifestarea cea mai extremă a disocierii este tulburarea de identitate disociativă, care implică atât clivajul – în sensul că reprezentări ale Sinelui diferite se menţin separate –, cât şi refularea – în sensul că personalitatea primară nu are de obicei nicio amintire despre celelalte personalităţi. Reacţiile pacienţilor histrionici la ieşirile lor emoţionale seamănă cu disocierea şi cu tulburarea de identitate disociativă, deşi sub formă atenuată. Aceşti pacienţi au frecvent amintiri puţine despre acţiunile lor, care, după spusele lor, par a fi „ale altcuiva”.

O pacientă histrionică având şi simptome disociative a descoperit tăieturi pe sânul ei drept, dar nu a putut să explice cum au apărut. La puţin timp după această descoperire, soţul ei a găsit-o în baie la ora 3 noaptea; era într-o stare disociativă şi îşi tăia sânul încet cu o lamă de ras. Hipnotizată în scop diagnostic, pacienta a spus: „Trebuie să sufăr aşa cum a suferit mama mea”. Mama ei tocmai fusese operată de cancer la sân. Această pacientă ilustrează şi mecanismul de apărare al identificării, o altă apărare isterică frecventă (Mackinnon şi Michels, 1971).

Un alt mecanism de apărare final care poate fi găsit atât la pacienţii isterici, cât şi la cei histrionici este *emotivitatea* însăşi. Emotivitatea intensă, deşi superficială şi trecătoare, poate să apere împotriva unor afecte mai profunde, resimţite mai adânc, pe care pacientul doreşte să le evite (Mackinnon şi Michels, 1971). Emotivitatea habituală împreună cu stilul cognitiv impresionist, global serveşte ca să-l împiedice pe pacientul histrionic să fie în contact cu orice stări afective autentice sau cu atitudini autentice faţă de sine şi faţă de ceilalţi.

18.4 înţelegere psihodinamică

Deoarece o varietate de comportamente manifeste la ambele sexe sunt cuprinse în categoriile tulburărilor de

personalitate isterică şi histrionică, o evaluare psihodinamică atentă este crucială pentru stabilirea informată a tipului potrivit de psihoterapie. Pacientele cu stiluri de personalitate isterică şi histrionică tind să întâmpine dificultăţi în două dintre stadiile psihosexuale clasice ale dezvoltării: ele au experienţa unei relative deprivări materne în timpul stadiului oral şi au dificultăţi în a rezolva situaţia oedipiană şi a ieşi din ea cu o identitate sexuală clară (Blacker şi Tupin, 1977). Deşi atât pacienţii isterici, cât şi cei histrionici au unele dificultăţi cu probleme orale şi oedipiene, pacientul histrionic întâmpină în mod evident o dificultate mai mare în stadiul mai timpuriu, pe când pacientul isteric este fixat primar în stadiul mai tardiv.

În cazul pacientei histrionice, lipsa de atenţie maternă o face să se orienteze către tatăl său pentru gratificarea nevoilor de dependenţă (Blacker şi Tupin, 1977; Hollender, 1971; Mackinnon şi Michels, 1971).

Ea învaţă curând că tendinţa de a flirta şi expresiile exhibiţioniste dramatice ale emoţiilor sunt necesare pentru a atrage atenţia tatălui său. Pe măsură ce se maturizează, ea învaţă că trebuie să-şi reprime sexualitatea genitală pentru a rămâne „fetiţa tatii”. Când fetiţa creşte, nevoia primitivă caracteristică tuturor relaţiilor ei sexuale poate fi numită „ecuaţia sân-penis”. Ea se angajează frecvent într-un comportament sexual promiscuu care este în final nesatisfăcător, deoarece penisul bărbatului serveşte doar ca un substitut pentru sânul matern pe care ea îl doreşte inconştient.

Femeia cu tulburare de personalitate isterică a negociat stadiul oral al dezvoltării cu un grad rezonabil de succes. Şi ea este dezamăgită de mama ei, dar dezamăgirea apare într-un stadiu mai avansat al dezvoltării. În stadiul falie de dezvoltare care precedă direct situaţia oedipiană în plină înflorire, fetiţa trebuie să

se împace cu faptul că ea nu o poate poseda fizic pe mama ei aşa cum poate tatăl ei. Scopul individului isteric este de a fi obiectul dorinţei pentru ceilalţi (Bollas, 2000). În cazul fetiţei, ea poate simţi că a pierdut în faţa mamei sale şi va face tot posibilul pentru a deveni obiectul dorinţei tatălui ei. Deseori, aceasta poate duce la o falsă autoadaptare în care ea îşi suspendă adevărata natură pentru a încerca să devină ceea ce vor alţii. Multe femei isterice abordează bărbaţii încercând să devină ceea ce cred ele că ar vrea mai mult bărbatul ca ele să fie, şi bărbaţii sfârşesc prin a fi dezamăgiţi, deoarece simt că au fost induşi în eroare prin prezentarea de sine falsă a femeii.

Bollas (2000) a observat că persoanele isterice tind să erotizeze o istorie de viaţă în care ele simt obiectul erotic al altcuiva. Ele îşi petrec mult din vieţile lor încercând să găsească „un obiect în aşteptare” (p. 12) care le va acorda rolul de obiect al dorinţei al acelei persoane. Fenomenul partenerilor romantici multipli tipic pentru tulburările de personalitate isterică şi histrionică se desfăşoară frecvent după un model fix: bărbatul romantic ales nu va fi niciodată cel potrivit şi poate fi, aşadar, înlocuit. În acest fel, aceste femei se păstrează pentru tată. Ca fetiţe, ele îşi idealizează frecvent tatăl, poate ca pe singurul bărbat care merită avut. Acest ataşament intens a dus la sentimente de rivalitate faţă de mamă şi la dorinţe active de a o înlocui. În cursul terapiei sau analizei, multe paciente isterice îşi reamintesc fantasme de această natură. Dacă ele percep că fraţilor lor li s-a dat un statut special în relaţia cu tatăl, în virtutea sexului lor masculin, ele pot de asemenea să dezvolte un resentiment adânc şi pot deveni foarte competitive cu bărbaţii.

Deşi anorgasmia a fost clasic asociată cu isteria, simptomatologia sexuală este de fapt mai variată la pacienţii cu tulburare de personalitate isterică sau histrionică. Unii pot avea o funcţionare sexuală relativ

asimptomatică, dar sunt izolaţi de orice experienţe interioare autentice de iubire sau de intimitate în timpul relaţiilor sexuale. Părţile sexuale ale corpului pot fi exhibate prin feluri provocatoare de a se îmbrăca, deşi există puţină excitaţie erotică asociată cu comportamentul provocator. De fapt, o reacţie comună pacientelor isterice şi histrionice este surprinderea resimţită când alţii le răspund ca şi cum ar fi seducătoare sau provocatoare sexual. Cu alte cuvinte, există o disociere între comportamentul sexualizat aparent cu rol inconştient de a atrage atenţia şi empatia dirijată spre cum îi va afecta pe ceilalţi. Toată sexualitatea poate fi colorată cu înţelesuri incestuoase din cauza ataşamentului oedipian faţă de tată. Aceste femei pot să aleagă şi parteneri nepotriviţi ca un mecanism suplimentar de apărare împotriva renunţării la dorinţele oedipiene. Aceste mecanisme dinamice pot fi totuşi ascunse şi frecvent devin clare doar după o evaluare atentă. Deşi unele paciente isterice pot avea ataşamente pe faţă, conştiente faţă de taţii lor, altele vor fi refulat această dimensiune a dezvoltării. Experienţa lor conştientă în legătură cu tatăl lor poate fi colorată de mânie ca o apărare împotriva dorinţei lor inconştiente. În mod similar, ele pot să nu fie conştiente de sentimentele lor de rivalitate faţă de mamă, pe care ele conştient o iubesc. Dovada dinamicii isterice la o pacientă poate veni în schimb din modele persistente de relaţii triangulare, cum ar fi să se îndrăgostească de bărbaţi însuraţi, sau din evoluţii care apar încet în transfer, cum ar fi rivalitatea intensă cu alte paciente. Dacă dinamica este sau nu refulată poate să depindă de răspunsul tatălui la dorinţele oedipiene ale fiicei sale. Dacă el consideră inacceptabile aceste sentimente, el îi va transmite şi fiicei această atitudine, care va simţi atunci că trebuie să le refuleze.

Comportamentul teatral exagerat tipic pentru aceşti pacienţi este frecvent legat de o experienţă esenţială din

copilăria timpurie care a implicat-o pe aceea de a nu fi recunoscut. Cu alte cuvinte, părinţii care au fost prea preocupaţi de propria persoană, prea deprimaţi, sau care au avut prea multe resentimente faţă de nevoile de dezvoltare ale copilului lor pot să nu-şi fi ascultat copilul şi să nu fi recunoscut experienţa afectivă internă a copilului. În acest sens, cei care au crescut copilul pot să nu-şi fi îndeplinit funcţia conţinătoare necesară pentru a-l ajuta pe copil să prelucreze şi să metabolizeze stări afective copleşitoare şi înfricoşătoare. Aşa cum a subliniat Riesenberg-Malcolm (1996), hiperbola sau exagerarea poate fi un efort pe care-l fac pacienţii pentru a se distanţa de ceea ce se întâmplă în interior în timp ce îi fac şi pe alţii să remarce emoţii altfel nerecunoscute.

Multe dintre mecanismele dinamice ale dezvoltării care se aplică la pacientele isterice se aplică într-un mod similar la pacienţii de sex masculin. În timp ce femeile isterice simt frecvent „fata tatii", mulţi bărbaţi isterici au fost „băieţii mamei". Ei pot să reacţioneze la probleme de separare-individuare în copilăria lor prin erotizarea obiectului absent (Bollas, 2000). În momentul în care obiectul matern este departe de ei, ei îşi imaginează mamele cu un alt bărbat care le este preferat. De aceea, mulţi bărbaţi isterici din varietatea Don Juan sunt chinuiţi de o combinaţie între frica de separare şi cea de excludere (Lubbe, 2003). Aceasta poate duce la comportamente hipermasculine în care ei demonstrează cum îşi învinq rivalii sexuali prin seducerea sistematică a femeilor, multe dintre ele fiind deja într-o relaţie cu un alt bărbat. Precum varianta sa feminină, bărbatul isteric îşi doreşte să fie obiectul dorinţei şi poate să treacă de la o relaţie la alta căutându-şi „obiectul în aşteptare" doar ca să afle că niciuna dintre ele nu-i oferă afirmarea specială pe care el o cere.

Alte adaptări sunt, de asemenea, posibile. Unii

bărbaţi cu această configuraţie isterică vor alege un stil de viaţă de celibatar, cum ar fi preoţia, pentru a-şi menţine inconştient loialitatea neştirbită faţă de mama lor. Alţi băieţi vor face faţă inadecvării sexuale pe care o percep prin activităţi hipermasculine solitare, cum ar fi exerciţiile de bodybuilding. Astfel, ei se pot reasigura că sunt „adevăraţi bărbaţi" fără nimic care să-i facă să se simtă inferiori.

Nicio discuţie despre isterie nu ar fi completă fără referire la incest şi la seducţia infantilă. Freud a crezut la început că multe dintre pacientele sale isterice fuseseră seduse de taţii lor, deoarece el auzise frecvent astfel de istorii de la pacientele lui. El s-a convins mai târziu că multe dintre aceste istorii erau fantasme născute din dorinţe oedipiene. În vârtejul discuţiilor furtunoase în jurul întrebării dacă viziunea lui Freud era corectă, mulţi clinicieni au adoptat o poziţie fie/fie. Fie fetiţele simt efectiv seduse, fie ele doar fantasmează seducţia. Această dihotomie este complicată mai departe de faptul că multe femei victime ale incestului au totuşi fantasme puternice şi dorinţe legate de cel care a comis incestul. Chiar femei care nu au fost niciodată violate de tatăl lor pot să aibă încă dorinţe sexuale conştiente sau inconştiente puternice faţa de el. În final, există un teren de mijloc considerabil unde au loc interacţiuni erotizate care *nu* au drept rezultat incestul efectiv, dar care *încurajează* fantasmele.

În termenii patogenezei legate de dezvoltare a tulburării de personalitate histrionice şi isterice, un istoric de incest este mult mai probabil să fie găsit la pacienta histrionică. Aceste paciente pot trece prin viaţa lor adultă repetând trauma originară prin căutarea unor bărbaţi care sunt interzişi într-un fel sau altul, cum ar fi terapeuţii, bărbaţii căsătoriţi sau şefii. Ele pot să încerce inconştient să controleze activ o traumă trăită pasiv, prin încercarea de a fi ea cea care o iniţiază mai degrabă decât cea care i

se supune pasiv.

Pacienta isterică este mult mai puţin susceptibilă să aibă un istoric de incest efectiv, dar poate să fi avut ceea ce a perceput ca fiind o relaţie specială cu tatăl său. Pacientele isterice au frecvent un tată care a fost nefericit cu soţia sa şi care s-a întors către pacientă pentru împlinirea şi gratificarea care nu au fost posibile în căsătorie. Pacienta poate să primească un mesaj implicit că ea trebuie să rămână loială tatălui său pentru totdeauna pentru a-l salva dintr-o căsătorie nefericită. Taţii aflaţi în această situaţie pot transmite semne subtile sau chiar declarate de dezaprobare ori de câte ori fiicele lor arată interes pentru alţi bărbaţi, în acest scenariu, pacienta isterică poate să se găsească înconjurată de o dinamică similară incestului, doar că sub o formă atenuată. Pacientele isterice cu aceste mecanisme dinamice se pot trezi incapabile să renunţe la dependenţa lor faţă de taţii lor şi să-şi continue viaţa.

18.5 Abordări terapeutice

18.5.1 Psihoterapia individuală

Pacienţii cu tulburare de personalitate isterică răspund în general bine la psihoterapia expresivă individuală sau la psihanaliză. Aici, discuţia se focalizează pe acei pacienţi deoarece strategiile terapeutice potrivite pentru pacientul histrionic cu nivel scăzut de funcţionare sunt similare cu cele folosite în tratamentul tulburării de personalitate borderline (Allen, 1977) discutate mai devreme (vezi Capitolul 15). Când sunt apropiate, modificările de tehnică necesare pentru tratamentul tulburării de personalitate histrionică sunt şi ele discutate.

Deşi unii pacienţi cu tulburare de personalitate isterică se vor prezenta cu un simptom discret, cum ar fi

disfuncţia sexuală, ei încep mai frecvent psihoterapia din cauza unei insatisfacţii generale cauzate de modalităţile lor de relaţionare. Evenimentul precipitant poate fi desfacerea unei căsătorii sau a unei relaţii de iubire. Ei pot să aibă şi sentimente vagi de depresie sau de anxietate legate de dezamăgirea în legătură cu partenerul lor actual (Mackinnon şi Michels, 1971), Spre deosebire de mulţi pacienţi cu tulburări de personalitate din Grupele A şi B din DSM-IV-TR, pacientul cu tulburare de personalitate isterică se ataşează prompt de terapeut şi dezvoltă rapid o alianţă terapeutică în care terapeutul este perceput ca fiind de ajutor. Procesul psihodinamic va merge în general bine dacă terapeutul aderă la câteva principii generale.

Principii de tehnică

O regulă de bază în munca expresivă este de a se adresa rezistenţei înainte de încercarea de a interpreta conţinutul subiacent. În cazul pacientului isteric, această axiomă dictează faptul că mai întâi trebuie ca terapeutul să se adreseze stilului cognitiv al pacientului, deoarece el este atât de intim legat de configuraţia lui defensivă. Pacienţii isterici încep frecvent psihoterapia cu aşteptarea inconştientă ca terapeutul să fie în stare să-i înţeleagă intuitiv, nonverbal şi global, fără detalii ale lumii lor intrapsihice (Allen, 1977). Această expectaţie este legată frecvent de o dorinţă pregnantă ca mama şi/sau tatăl să-i fi recunoscut şi înţeles în copilărie. Astfel, aşteptarea de a fi văzut, auzit şi înţeles este încărcată cu un amestec de speranţă şi dezamăgire (Riesenberg Malcolm, 1996). Acestor pacienţi le este frică că performanţa lor va fi respinsă sau denigrată de terapeut. Într-adevăr, o reacţie contratransferenţială frecventă la exprimări exagerate ale emoţiei este exact acel tip de dispreţ. Terapeutul trebuie să aprecieze că ceva important este comunicat prin exprimarea hiperbolică a emoţiei şi, de asemenea, că aceste sentimente exagerate conţin un miez de adevăr.

Ceva disperat îi este comunicat terapeutului – ceva de genul: „Te rog, recunoaşte-mă! Te rog, fii atent la durerea mea!”

Chiar când terapeutul empatizează cu comunicarea afectivă, el sau ea trebuie şi să-i transmită pacientului că sunt necesare mai multe detalii pentru o înţelegere deplină. Această abordare îl încurajează pe pacient să înceapă să articuleze în cuvinte ceea ce este transmis prin sentimente. Unele întrebări bine plănuite simt utile: De ce anume îi este frică pacientului? Ce vrea pacientul? Care sunt conflictele pe care le simte pacientul (Horowitz, 1997)? Terapeutul poate şi să încerce să pună în cuvinte sentimentele pacientului bazate pe ceea ce el sau ea observă. Această perspectivă din afară (Gabbard, 1997) poate să-i ajute pe pacienţi să câştige un simţ al Sinelui mai dezvoltat prin internalizarea viziunii pe care o are terapeutul asupra lor.

Experienţa internă a pacientului isteric este frecvent cea a unei frunze în vânt purtate de stări afective puternice. Poate să existe o refulare completă a ideilor care leagă un sentiment de altul. Prin solicitarea făcută pacientului isteric de a reflecta la şi a lua în considerare realitatea internă şi externă, terapeutul îl ajută pe pacient să regăsească conexiunile ideatice dintre sentimente. Aşa cum a scris Allen (1977), parte din acest proces implică învăţarea persoanei isterice să simtă mai profund şi mai autentic. Sentimentele superficiale şi schimbătoare apără împotriva unor afecte mai profunde şi mai tulburătoare. Pe măsură ce toleranţa pacientului pentru aceste stări afective mai profunde creşte, apare şi o creştere concomitentă a abilităţii pacientului de a lua în considerare detaliile (Horowitz, 1977 b).

Pe măsură ce pacienţii isterici devin capabili să-şi identifice sentimentele, atitudinile şi stările ideatice, ei îşi dezvoltă un simţ mai mare al Sinelui-ca-agent în

interacţiune eficientă cu mediul exterior mai degrabă decât al Sinelui-ca-victimă-pasivă a mediului exterior (Horowitz, 1977 b). Pacienţii isterici trăiesc frecvent experienţa unor

2 e nu vizuale şi fantasme vii, dar ei le traduc în cuvinte numai dacă. – eutul îi asistă în acest proces. Astfel, terapeuţii îşi ajută pacienţii

— P tifice ceea ce ei vor şi simt. De asemenea, pacienţii învaţă că a

— În urnite gânduri şi sentimente nu este periculos.

Lind apar gânduri şi sentimente ameninţătoare, pacienţii isterici îşi comă frecvent dorinţa de a şti totul despre viaţa terapeutului. Ei simt... – mic sugestibili, şi dacă terapeuţii împărtăşesc mult despre propria J: 2 ia. Şi propriile lor credinţe, pacienţii lor vor adopta calităţi

— Are, astfel încât să-şi mulţumească terapeuţii şi să evite sarcina**: J** de a ajunge în contact cu propriile lor sentimente şi credinţe. În

— Similar, terapeuţii trebuie să evite să le dea multe sfaturi pacienţilor r isterici, care au nevoie să înveţe că ei au resurse considerabile în ei ea» ru care să-şi abordeze problemele.

«oenţii în terapie pe termen lung vor găsi că procesul de modificare srjtm lor cognitiv duce şi la modificarea relaţionării cu obiectele. Pe

— Asura ce pacienţii aceştia încep să fie atenţi mai în detaliu la sine şi la

— M în contexte interpersonale, ei dezvoltă noi modalităţi de a relaţiile (Horowitz, 1977 b). În loc de a se vedea pe sine ca a a altora, pacienţii încep să înţeleagă că ei joacă un rol activ în – «ctliarea unor modalităţi de relaţionare cu ceilalţi. Ei îşi dezvoltă o – o ta te de a compara faptele efective din situaţiile interpersonale cu „c-eie interne frecvent suprapuse peste situaţiile externe. În final, r-ren tarea de sine a copilului pasiv, atât de tipică

pentru pacientul» ne. Este înlocuită de o reprezentare mai matură şi care implică – astea şi sexualitatea. Această tranziţie poate totuşi să dureze ani…; e. Deoarece pacienţii resimt frecvent pierderea stilului cognitiv

— R. C ca pe o ameninţare la adresa unui sentiment fundamental de i-ntate.

— Ţi psihoterapia tulburării de personalitate isterice, munca *terapeutică* idrul transferului este un vehicul primar pentru schimbare.

— Otemele pe care le întâmpină pacientul în relaţiile din afara terapiei ” n reproduse în transfer. Deşi psihoterapia cu pacienţii isterici poate –entă şi aducătoare de gratificaţii, mânuirea inadecvată a transfe

mai ales a transferului erotic, este o cauză comună de eşec «apeutic.

Managementul transferului erotic

În ciuda frecvenţei mari a fenomenului transferului erotic, nu doar

— Acienţii isterici, dar şi la alţii, mulţi terapeuţi nu primesc o formare: tevată în managementul terapeutic al sentimentelor de transfer. 0 – rdentă psihiatră care se lupta cu sentimentele sexuale ale unui pat faţă de ea a prezentat problema supervizorului său în psihoterapie, un analist. El a răspuns prin a se scărpina în cap şi a replicat: „Nu ştiu ce faceţi voi, fetele, cu această problemă”. Istoric, un sexism subtil (sau nu chiar aşa de subtil) a penetrat programele de formare în psihoterapie. Deoarece marea majoritate a rapoartelor despre transferul erotic în literatură, de la Freud şi până în prezent, s-au referit la paciente care se îndrăgostiseră de terapeuţii sau analiştii lor bărbaţi, supervizorii bărbaţi au promovat uneori, în mod inadvertent, printre supervizaţii lor bărbaţi, o atitudine denigratoare, lejeră la adresa pacientelor care dezvoltă un transfer erotic. Un rezident care îşi începea formarea în psihoterapie i-a spus supervizorului lui că era

nesigur asupra felului în care să-şi abordeze primul pacient în psihoterapie. Supervizorul lui l-a informat: „Este într-adevăr foarte simplu. Ştii cum să seduci o femeie?”. Supervizorul a continuat prin a-i schiţa o analogie între „a prinde” pacientul într-un proces psihoterapeutic şi a seduce o femeie. Această atitudine neprofesionistă este tipică pentru o tendinţă istorică nefericită de a „te bucura” de transferul erotic, mai degrabă decât de a-l analiza şi a-l înţelege.

Deoarece termenul este folosit lejer pentru a descrie un număr de dezvoltări diferite ale transferului, o definiţie clară a fenomenului este relevantă pentru discutarea managementului. Person (1985) a conceput o definiţie succintă care se aplică psihoterapiei, precum şi psihanalizei:

Termenul *transfer erotic* **este folosit într-un mod interşanjabil cu termenul** *iubire de transfer*. **Se referă la un anumit amestec de sentimente tandre, erotice şi sexuale pe care un pacient sau o pacientă le are faţă de analistul sau analista lui şi care, în această calitate, reprezintă o parte din transferul pozitiv. Componentele sexuale ale transferului singure reprezintă un transfer erotic trunchiat, unul care nu s-a dezvoltat pe deplin sau care nu este resimţit pe deplin (p. 161).**

La pacienţii isterici, transferul erotic se dezvoltă de obicei gradat şi cu o ruşine şi o jenă considerabile. Dorinţele sexuale pentru terapeut sunt frecvent resimţite ca egodistonice, şi pacientul ştie că împlinirea acestor dorinţe ar fi nepotrivită.

Pacienţii histrionici şi borderline pot să dezvolte un subtip de transfer erotic numit frecvent *transfer erotizat* (Blum, 1973). În contrast cu iubirea de transfer obişnuită,

pacientul aflat în tumultul unui transfer erotizat are o cerere tenace şi egosintonică pentru gratificare sexuală. Din cauza defectelor Eului la aceşti pacienţi, realitatea lor internă, precum şi cea externă simt indistincte, şi ei văd aşteptarea lor cu privire la relaţia sexuală cu terapeutul lor ca rezonabilă şi de dorit. Aparenta lor inconştienţă la transgresarea barierelor incestuoase simbolice poate să izvorască dintr-un istoric din copilărie de a fi fost victima unor seducţii sexuale efective de către părinţi sau de către alte figuri parentale (Blum, 1973; Kumin, 1985 – 1986).

Deoarece absenţa este erotizată la pacienţii isterici, psihoterapia este o situaţie care este inerent stimulatoare. Absenţa de intimitate fizică în situaţia terapeutică, cuplată cu separările repetate la sfârşitul fiecărei şedinţe vor fi privite ca excitante în mod continuu de către mulţi pacienţi isterici. Unii pot chiar să dezvolte ceea ce Bollas (2000) a numit adicţie la transfer, deoarece terapia este resimţită ca o relaţie exclusivă. Aceşti pacienţi pot dori ca tratamentul să continue la nesfârşit fără mă un interes pentru terminare. Pacienţii isterici, desigur, vor aborda terapeutul ca pe un potenţial „obiect în aşteptare" pentru care ei pot deveni obiectul dorinţei. Aşadar, terapeutul este menit să fie vrăjit şi atras puternic de către pacient, care va face mari eforturi în ceea ce priveşte îmbrăcămintea, manierele şi comportamentul, în încercarea de a atinge acest scop.

Spectrul transferurilor care merg de la cel erotic la cel erotizat este descris pertinent de către Person (1985) ca fiind „atât o mină de aur, cât şi un câmp minat" (p. 163). Aceste transferuri pot pregăti scena pentru acting-out-uri de contratransfer devastatoare. Sexul între terapeut şi pacient a stigmatizat grav profesiile din domeniul sănătăţii mintale, a ruinat carierele unui număr de psihoterapeuţi şi le-a cauzat tulburări psihologice severe pacienţilor care le sunt victime (Gabbard, 1989; Gabbard şi Lester, 2003; Pope şi Bouhoutsos, 1986). Studiile au revelat că 10 dintre

toţi terapeuţii bărbaţi s-au angajat într-un astfel de comportament (Gabbard, 1989), astfel încât acesta nu poate fi respins ca fiind o aberaţie ocazională doar a terapeutului cu tulburări serioase. Mulţi dintre aceşti terapeuţi nefericiţi par atât a căuta o vindecare pentru ei înşişi, cât şi a face o încercare disperată de a-şi vindeca pacienţii (Twemlow şi Gabbard, 1989).

Aspectul de „mină de aur" al transferurilor erotic este cel care îi procură terapeutului o recapitulare *in vivo* a unei relaţii din trecut în situaţia prezentă a relaţiei de transfer. Astfel de pacienţi le arată terapeuţilor lor ce contribuţii aduc ei în relaţii similare din afara situaţiei terapeutice. Astfel, problemele pe care le are un pacient cu iubirea şi sexualitatea pot fi examinate şi înţelese pe măsură ce se dezvoltă într-o relaţie sigură unde pacientul nu va fi exploatat sau abuzat. A scoate aurul în această experienţă fără a fi distruşi de câmpul minat cere din partea terapeuţilor ca ei să adere la patru principii de tehnică (Tabel 18 – 3). Deşi

Tabel 18 – 3. Managementul terapeutic al transferului erotic.

1. Examinarea sentimentelor de contratransfer.

2.

3. Acceptarea, într-un fel nonexploatator, a transferului erotic ca material terapeutic important de înţeles.

4.

5. Evaluarea înţelesurilor multiple ale transferului în funcţia sa de rezistenţă la o aprofundare a procesului terapeutic.

6.

7. Interpretarea legăturilor dintre transfer şi relaţiile atât prezente, cât şi trecute.

8.

Există diferenţe legate de sex clar definite în expresia transferului erotic, voi lua mai întâi în discuţie mânuirea transferului erotic în general şi apoi voi examina aspectele specifice ale fenomenului, determinate de sexul pacientului.

Examinarea sentimentelor de contratransfer. Reacţiile de contratransfer ale terapeutului la sentimentele de transfer erotice ale pacientului pot reprezenta contratransferul în mod îngust ca o reactivare a unei relaţii din trecutul terapeutului, iar în mod larg ca o identificare cu un aspect proiectat al pacientului sau ca un amestec din ambele (Kumin, 1985 – 1986; Sandler, 1976). Deşi pacientul poate reprezenta un obiect interzis, dar excitant sexual din trecutul terapeutului, dorinţa terapeutului pentru pacient poate, de asemenea, să fie legată de dorinţa incestuoasă efectivă a unei figuri parentale din faza de dezvoltare oedipiană a pacientului. Astfel, prima treaptă în monitorizarea contratransferului, respectând practica psihiatriei dinamice, este pentru terapeuţi evaluarea greutăţii relative a propriilor lor contribuţii versus cele ale pacientului. Terapeuţii *care încearcă managementul transferului* erotic într-o psihoterapie intensivă fără o experienţă de tratament personal vor fi, aşadar, serios dezavantajaţi.

Câteva modele obişnuite de contratransfer sunt legate de transferul erotic. Primul, obişnuit la rezidenţii bărbaţi care tratează paciente atrăgătoare, este de a vedea transferul erotic acolo unde nu există deloc. Terapeuţii bărbaţi pot să răspundă la propria lor excitaţie sexuală prin negarea ei proiectivă şi s-o vadă în schimb la pacientele lor, pe care le califică drept „seductive”. În aceste împrejurări, rezidentul care este presat să dea detalii de ce pacienta sa este seductivă sau de ce este ea interesată sexual în el nu poate adesea să prezinte dovezi

convingătoare. Din cauza anxietăţii în legătură cu propriile sale dorinţe sexuale, el le-a evitat, aşa cum pacienta isterică încearcă să evite dorinţele ei sexuale. Deşi această evitare poate să reflecte simplu anxietatea începătorului în a avea sentimente sexuale în psihoterapie, ea poate fi şi o repetare a reacţiei tatălui pacientei-la propria lui dorinţă sexuală pentru fiica sa (Gor kin, 1985).

O altă posibilitate este aceea că nerecunoaşterea proiectivă a propriilor sentimente sexuale ale terapeutului faţă de pacientă poate să o influenţeze subtil pe pacientă să dezvolte un transfer erotic. Perspectiva constructivistă subliniază influenţa continuă pe care o are subiectivitatea terapeutului asupra transferului pacientului. Transferul erotic, în mod particular, poate reflecta contribuţii semnificative din partea terapeutului (Gabbard, 1996). Aceste contribuţii pot implica o varietate de factori, inclusiv aşteptările terapeutului, nevoile lui, punctul lui de vedere teoretic, contratransferul lui şi chiar elemente cotidiene cum ar fi. Sexul, înfăţişarea şi vârsta terapeutului. Toţi aceşti factori pot să – Ermine în parte cum îl vede pacientul pe terapeut, şi autoobservarea: tentă permanentă îl va ajuta pe terapeut să deosebească ceea ce vine e la pacient şi ceea ce derivă din influenţa terapeutului asupra pa

— entului. Pacienţii cu personalităţi isterice şi histrionice simt foarte gestibili, şi dacă cred că terapeutul vrea ca ei să se îndrăgostească de r în transfer, ei pot să se conformeze rapid.

O a doua reacţie de contratransfer este distanţarea rece ca răspuns

— Ortfesiunile pacientului despre dorinţele sale sexuale faţă de terapeut I; ckinnon şi Michels, 1971). Pentru a controla orice reacţii sexuale de

ntratransfer la sentimentele pacientului, terapeutul poate să devină

— Tăcut, mai puţin empatie şi mai distant. Această „încorsetare” a

— Mror emoţiilor ajuta la menţinerea rigidă a controlului asupra

— Mulsurilor sexuale care par ameninţătoare.

O a treia reacţie de contratransfer comună este anxietatea izvorâtă r. Teama că sentimentele sexuale – fie în pacient, fie în terapeut – r scăpa de sub control. Această anxietate îl poate face pe terapeut să

— Iimbe conversaţia de la expresiile de iubire sau de excitaţie sexuală e pacientului sau să interpreteze prematur aceste sentimente ca rzistenţă”, o digresiune de la sarcina terapeutică. Atunci când un

— R? peut bărbat îi spune într-un mod nepotrivit pacientei sale că el nu

— Termite ca terapia să fie deviată de la scopul său de sentimentele ei mtru el, el o forţează să se limiteze la problemele din afara terapiei au adus-o la tratament. Astfel de încercări anxioase de a elimina – Timentele erotice de transfer le pot transmite pacienţilor mesajul că – nmentele sexuale sunt inacceptabile şi posibil dezgustătoare, o i: une care oglindeşte frecvent sentimentele acestor pacienţi. Dezgustul – cmţeles al terapeutului este legat de mesajul ascuns din transferul: ic intens şi anume că terapia este inutilă – doar sexul sau iubirea” r – vindeca (Gorkin, 1985).

În cel de-al patrulea model de contratransfer, care poate fi mai dios decât celelalte, terapeuţii pot încuraja şi susţine sentimentele ”-îace pentru gratificarea lor personală. Aceşti terapeuţi, care ascultă iâcere voieristă detaliile fantasmelor sexuale ale pacienţilor lor, pot

— N fost atraşi în profesia aceasta deoarece îşi doresc să fie idealizaţi şi – u. Sub această dorinţă, ei pot câştiga o plăcere sadică prin excitarea

—…

— Telor sexuale futile ale pacienţilor lor. Acest model poate fi urmărit nieracţiunile din copilărie ale acestor terapeuţi, în care ei s-au simţit

— Ijâati de părintele de sex opus doar pentru a fi frustraţi. Prin practica

— Ihoterapiei, aceşti indivizi pot încerca să inverseze acea situaţie din

I5 rie. Astfel, terapeuţii trebuie să fie conştienţi de propriile lor –.ne în relaţia terapeutică. Aşa cum nota Kumin (1985 – 1986): „Atât: jatatea, cât şi incapacitatea analistului de a interpreta cu acurateţe”.p. Tele în transfer ale pacientului necesită o apreciere nu doar a ce şi

— Rine doreşte pacientul, dar şi a ce şi pe cine doreşte analistul” (p. 13).

Kumin a sugerat şi că dorinţele terapeutului faţă de pacient pot reprezenta o rezistenţă mai formidabilă decât o reprezintă dorinţele pacientului faţă de terapeut. Numeroase procese psihoterapeutice s-au blocat în tumultul unui transfer erotic intens, deoarece terapeutul era prea ocupat să se bucure de strălucirea sentimentelor sexuale.

Acceptarea, într-un fel nonexploatator, a transferului erotic ca material terapeutic important de înţeles. Un terapeut poate să dorească să-i transmită pacientului că sentimentele de iubire sau cele sexuale simt aspecte acceptabile ale experienţei terapeutice. Terapeutul poate să facă un comentariu cu scop educaţional, cum ar fi: „În psihoterapie, este posibil să ai o varietate mare de sentimente – ură, iubire, invidie, excitaţie sexuală, frică, mânie şi bucurie – toate trebuind să fie tratate ca subiecte acceptabile de discuţie şi ca fiind purtătoare de informaţie importantă pentru terapie”. Deşi este adevărat că transferul erotic poate servi drept rezistenţă la apariţia altui material în terapie, este de obicei o eroare tehnică să

interpretezi imediat asemenea sentimente drept rezistenţă. Pentru a înţelege ce anume din trecut este repetat, transferul erotic trebuie să fie lăsat să se dezvolte pe deplin.

Freud (1914/1958) a folosit termenul *acting-out* mai întâi pentru a descrie tendinţa unui pacient de a repeta în acţiune ceva din trecut mai degrabă decât să-şi amintească şi să verbalizeze acel fapt. Pacienţilor li se poate spune că sentimentele care se dezvoltă în terapie vor procura informaţii importante despre sentimentele care se dezvoltă în celelalte relaţii ale lor, atât trecute, cât şi prezente. Dacă un pacient insistă ca terapeutul să-i gratifice dorinţele transferenţiale, terapeutul poate sublinia că nu gratificarea dorinţelor poate să ducă la o mai bună înţelegere a ceea ce se întâmplă în alte relaţii. Terapeutul trebuie să ţină minte că transferul erotic poate fi extrem de neplăcut pentru pacient (exact aşa cum poate fi şi pentru terapeut), nu doar din cauza frustrării pe care o aduce, dar şi pentru că poate fi jenant. Terapeutul poate dori să comunice o înţelegere empatică a ruşinii pacientului: „Ştiu că este greu şi dureros pentru dumneavoastră să aveţi sentimentele acestea fără să fiţi în stare să le gratificaţi, dar dacă le putem explora împreună, poate vom fi în stare să vă ajutăm să înţelegeţi mai bine problemele care v-au adus aici”.

Evaluarea înţelesurilor multiple ale transferului în funcţia sa de rezistenţă. Transferul erotic este o rezistenţă în sensul că ceva este repetat mai degrabă decât reamintit şi verbalizat. Rezistenţa nu trebuie echivalată totuşi cu „ceva rău care trebuie înlăturat imediat”, aşa cum o fac deseori terapeuţii începători. Aşa cum tocmai am notat, transferul erotic este, de asemenea, o comunicare importantă care ar trebui înţeleasă. Precum toate celelalte fenomene mintale, transferul erotic este

determinat de principiul funcţiei multiple. Nu trebuie luat în consicerare simplu, după aparenţe, ci este mai bine să fie explorat prin asocierile, visele şi amintirile pacientului, pentru toate înţelesurile sale multiple, dintre care unele pot fi inconştiente. În cadrul psihoterapeutic.

— Ustă o fluiditate considerabilă a sexului şi a orientării sexuale (Gabbard în Wilkinson, 1996). De exemplu, transferul erotic al unui pacient bărbat T.tă de o terapeută poate reprezenta dorinţe homosexuale pasive chiar 3 Că terapeutul aparţine sexului opus (Torras de Bea, 1987). Deoarece transferul erotic trebuie înţeles şi în termenii funcţiei sale într-un iment particular din terapie, terapeutul trebuie să evalueze ce ar cedat dezvoltarea lui şi ce urmează după înflorirea lui.

Un pacient şi-a început şedinţa de terapie cu terapeutul său spunând că fusese – utat enorm de explicaţia acestuia din şedinţa trecută. După ce a comentat cât de Ţiuit interpretarea terapeutului îl ajutase în munca sa, pacientul a început să: intrazică ceea ce tocmai spusese, susţinând că relaţiile sale se deteriorau. Pe măsură. Ta continuat să vorbească, el a recunoscut că avusese fantasme sexuale în legătură cu terapeutul şi că el credea că terapeutul îl putea ajuta numai ejaculând în rectul ju pentru a-l face mai masculin. Terapeutul a subliniat că pacientul devaloriza –utorul insight-urilor pe care le primise în şedinţa trecută, cramponându-se de o medinţă magică a faptului că o legătură sexuală era singura cale prin care putea fi: utat. Pacientul a recunoscut că el are nevoie să devalorizeze ajutorul terapeutului – itrucât se simţea inferior faţă de acesta, despre care a spus că este „pe Muntele Mimp”. Terapeutul a explicat apoi că invidia pacientului crescuse pe măsură ce ajutat, astfel încât sexualizase transferul

pentru a devaloriza ajutorul. (Dacă rsight-urile terapeutului nu ar fi fost deosebit de eficiente sau folositoare, ar fi fost T.-ult mai puţin de invidiat.) Drept răspuns, pacientul a spus că sentimentele sale. Neratoare de a fi fost ajutat alternaseră cu sentimente de umilire, deoarece trebuia lă admită că terapeutul ştia ceva ce pacientul nu ştia, ceea ce îl făcuse să se simtă – jinerabil.

Acest caz, transferul erotic al pacientului era o cale de a se apăra rotriva invidiei sale în legătură cu competenţa terapeutului prin: r ajorizarea acesteia. Sexualizarea în transfer poate *fi* o cale de apărare

— Împotriva altor sentimente.

Un pacient o vedea pe terapeuta sa pentru ultima dată înainte de plecarea resteia la sfârşitul programului ei de formare din rezidenţiat. El i-a spus că văzuse nim cu o seară înainte în care o psihiatră îl sărutase pe unul dintre pacienţii săi. *E* 3 observat că pacientul părea să beneficieze de afecţiunea terapeutei şi a întrebat-o: e terapeuta sa dacă nu ar putea să facă acelaşi lucru cu el. După o reacţie iniţială nxioasă la această cerere, terapeuta l-a întrebat dacă cererea lui neaşteptată ar putea «ratăde terminarea terapiei. Pacientul a răspuns că mai degrabă nu ar vrea să se rindească la acel subiect. Terapeuta i-a evidenţiat apoi pacientului că această dorinţă

de a sexualiza relaţia lor poate fi o apărare împotriva confruntării cu durerea asociată cu terminarea.

Sexualizarea sfârşitului unei relaţii este un fenomen

frecvent (în terapie şi în viaţă în general). Ea serveşte la evitarea procesului de doliu legat de pierderea unei figuri importante. În această vinietă, dorinţa pacientului de a avea o legătură fizică cu terapeuta sa era şi o cale de a nega natura definitivă a terminării: un sărut poate să ducă la un început mai degrabă decât la un sfârşit. Într-adevăr, multe cazuri de violări ale limitelor sexuale terapeut-pacient se întâmplă în jurul datei terminării (Gabbard şi Lester, 2003). Sexualizarea poate fi o apărare maniacală împotriva pierderii care îi face pe cei doi membri ai diadei terapeutice să se angajeze într-o negare mutuală.

Terapeuţii care văd iubirea de transfer ca pe un răspuns natural şi de înţeles la capacitatea lor enormă de atracţie sexuală trec cu vederea partea mai întunecată a transferului erotic. Una dintre multele istorii spuse despre dr. Karl Menninger ilustrează această dilemă:

O femeie de 40 de ani isterică şi oarecum deprimată a fost spitalizată la Clinica Menninger timp de peste un an fără nicio schimbare esenţială în starea sa. Ea dezvoltase un transfer erotic intens şi încăpăţânat faţă de psihoterapeutul ei. Doctorului Menninger i s-a cerut părerea asupra cazului, deoarece se ajunsese la un blocaj terapeutic. În cea mai mare parte a interviului, pacienta a subliniat de repetate oii marea ei iubire pentru terapeutul său. După ce a ascultat protestele ei de iubire timp de câteva minute, dr. Menninger a spus: „Ştii, dacă l-ai iubi cu adevărat, te-ai face mai bine pentru el”.

Dr. Menninger se adresa ostilităţii care deseori se află chiar sub suprafaţa iubirii de transfer a unui pacient. Într-adevăr, transferurile erotice maschează frecvent o agresivitate şi un sadism considerabile, chiar atât de mult încât un transfer erotic poate fi considerat o formă de

transfer negativ (Kumin, 1985 – 1986). Explorarea dorinţelor de transfer pentru o relaţie sexuală dezvăluie în mod regulat dorinţe de a-l răni, de a-l pune în situaţii dificile sau de a-l distruge pe terapeut. Cererile unui pacient pentru trecerea barierei sexuale *pot fi* atât de chinuitoare, mai ales în cazurile variantei erotizate tipice pentru pacienţii histrionici şi borderline, încât terapeutului îi este teamă de fiecare şedinţă. Terapeutul poate să se simtă folosit şi transformat într-un obiect de gratificare a nevoilor, a cărui unică funcţie este de a împlini cererile inadecvate ale pacientului (Frayn şi Silberfeld, 1986).

Dna KK era o pacientă histrionică homosexuală de 24 de ani care funcţiona la un nivel borderline de organizare a Eului şi care avea un istoric de abuz sexual de către rude de sex masculin. Ea a dezvoltat un transfer intens erotizat faţă de

— Peuta sa aproape imediat. Flirta cu ea în mod provocator în şedinţe, atingând

— R piciorul terapeutei cu propriul ei picior şi întrebând: „Vă enervează?”. Dna KK: – utinut în mod constant că terapeuta ei putea să reuşească să o cunoască doar: – a se culca cu ea. A vrut, de asemenea, să-i cunoască orientarea sexuală. Deşi r. – speuta a frustrat dorinţa pacientei de a distruge relaţia lor profesională prin – ransformarea într-una sexuală, pacienta şi-a continuat eforturile de seducţie.

Ioenta aducea în şedinţe în mod regulat fantasme sexuale explicite în legătură cu – «apeuta ei:

Îţi mângâi corpul – spatele tău, şoldurile tale, fesele tale. Îţi ating repede şi cu r – deţe păsărică cu mâna. Suspini uşor şi îţi întăreşti strânsoarea peste spatele meu. – sărut şi şoptesc încet în urechea ta că am să fac dragoste cu tine. Îţi masez sânii

— Et şi îi sărut. Îţi sărut abdomenul şi mă duc mai jos spre păsărica ta. Sărut partea – luntru a feselor tale în timp ce îţi masez clitorisul cu limba mea. Continui să te

rut, să te sug şi să te mângâi cu limba mea. Suspini cu plăcere ca şi cum ai avea rgasm. Îţi sărut fesele încă o dată şi îţi storc încet sânii şi îmi trec degetele peste: cpul tău până ia şolduri. Încep să-ţi ling clitorisul din nou şi îmi înfig limba în

— Tenorul tău. Apoi ling şi sug clitorisul tău în timp ce îmi introduc încet mai întâi. R ui, apoi două degete în tine. Ai un orgasm lung, satisfăcător, care se termină cu

— Mângâindu-mă pe păr şi eu sărutându-ţi uşor păsărică”.

Nu mai e nevoie de spus că exprimarea de către pacientă a unor asemenea – asme a făcut-o pe terapeută să se simtă anxioasă şi jenată, precum şi controlată. I a îi ar fi întrerupt fantasmele, ea simţea că şi-ar fi revelat disconfortul şi probarea faţă de sentimentele de transfer ale pacientei. Dacă ar fi rămas tăcută, simţea că ar fi fuzionat într-o pereche exhibiţionist-voieristică.

bi final, pacienta a destăinuit unele dintre

sentimentele agresive subiacente care t 1 istau sub mascarada transferului erotizat. Ea a comentat faţă de terapeută: „Ştii 5 unt conştientă că încă doresc să te gonesc. Probabil că te forţez să mă respingi, r: – fac să mă urăşti. Reuşesc oare? Într-adevăr vreau să mă placi. Dar deoarece

— **Rjă** *e* **excluş, dase te** *gonesc. E o porcărie* **nu-i** *aşa?* **Şiit eu văd relaţia noastră în ui feluri: fie ne fu tem, fie te fac să mă urăşti”.**

r. Mare parte, d-na KK a paralizat-o pe terapeută, care s-a simţit

— Da *şi* sadică prin frustrarea dorinţelor pacientei. O consultaţie cu un

— *C a* ajutat-o pe terapeută să înţeleagă că era controlată de un proces i ratificare proiectivă, astfel încât limitele profesionale normale ale

— ierapiei păreau dure şi nerezonabile. Cu alte cuvinte, un obiect**. E** frustrant din trecutul pacientei fusese proiectat în terapeută, care identificat inconştient cu acest material proiectat. Mai mult, propria-i ne faţă de pacientă pentru controlul neîncetat al terapiei pe care.”. Sra îi exercita a contribuit la sentimentul că orice intervenţie ar părea **–:? şi** dură.

Pe măsură ce psihoterapia a continuat, a devenit clar că dorinţa – italĕ declarată era doar vârful unui aisberg. În timpul unei şedinţe,”: KK a povestit un vis în care se afla într-un birou de înaltă tehno

Logie. Exista o maşină care putea traduce gândurile pacientei, astfel încât ea nu trebuia să i le spună terapeutei sale. În asocierile pacientei la vis, ea a recunoscut că dorinţele sale faţă de terapeută nu erau cu adevărat sexuale, ci mai mult o dorinţă ca terapeuta să o cunoască într-adevăr în intimitatea ei. Terapeuta a ajutat-o

în cele din urmă pe d-na KK să vadă că dorinţa sa pentru sex era de fapt o dorinţă de fuziune, o dorinţă ca terapeuta să-i cunoască gândurile fără ca ea să aibă nevoie să le spună. Această dorinţă regresivă de întoarcere la starea simbiotică mamă-sugar este frecvent o componentă puternică a transferurilor erotice şi erotizate în diada pacientă-terapeută. Dorinţa sexualizată poate fi preferabilă dorinţei mai ameninţătoare de fuziune.

Interpretarea legăturilor dintre transfer şi relaţiile atât prezente, cât şi trecute. O interpretare corectă a transferului erotic va reduce frecvent dorinţa şi rezistenţa inerente iubirii transferenţiale (Kumin 1985 – 1986). Pentru a evita o interpretare prematură, terapeutul ar putea avea nevoie să-şi formuleze în tăcere interpretarea pentru a fi ajutat în ceea ce priveşte dorinţele sale de contratransfer chiar înainte de a i-o comunica pacientului. Momentul interpretărilor de transfer este o problemă de judecată. O linie generală de urmat este de a le evita până când legăturile subiacente cu relaţiile trecute şi cu relaţiile extratransferenţiale prezente sunt aproape de realizarea conştientă. Terapeutul poate folosi modelul unui triunghi al insight-ului, descris în Capitolul 4, pentru a construi legături între sentimentele de transfer şi relaţiile trecute, precum şi între transfer şi relaţiile extratransferenţiale prezente. Prin evidenţierea faptului că iubirea transferenţială este o repetiţie a ceva din trecut, şi întrebând pacientul dacă situaţia este o reminiscenţă a unor situaţii trecute, terapeutul poate pregăti terenul pentru intervenţii interpretative. Totuşi există o problemă importantă. În general, terapeuţii trebuie să evite să le spună pacienţilor cu tulburare de personalitate isterică faptul că iubirea pe care aceştia o simt pentru ei, terapeuţii, „nu este reală”. Din perspectiva pacientului, este extraordinar de reală. **Ar** fi mult mai

potrivit, ca să nu spunem empatie să-i ajutăm pe aceşti pacienţi să înţeleagă că iubirea pe care o simt pentru terapeut este atât reală, cât şi un rezultat al deplasării, în sensul că derivă parţial din sentimente care au fost resimţite faţă de obiecte din trecut (Gabbard, 1996).

O transcriere efectivă a unei şedinţe de psihoterapie poate să ilustreze ceva din abordările tehnice folosite pentru a interpreta transferul erotic.

Dna LL era o pacientă căsătorită, în vârstă de *26* **de ani, cu un diagnostic de**

tulburare de personalitate isterică. Era văzută de două ori pe săptămână de către

un terapeut bărbat într-o psihoterapie expresiv-suportivă cu accentuarea latum: t psihoterapia cu plângeri de anorgasmie, dureri de cap.

— E constante, frică de „a sta pe cele două picioare ale ei”.

— Ne iubită şi nedorită şi o preocupare generalizată de a fi prea i şi. – txui celui de-al doilea an de tratament, într-o şedinţă, a avut loc

— Tr u şi cu mine nu ne înţelegem. Nu ne vedem mult şi, când o – * se km vrut să vă fac azi din nou părtaş la povestirea mea, dar când mt aar. As-a schimbat. Nu ştiu ce să spun astăzi. Aş vrea să fiu cu

— Ar –; re dumneavoastră, dar nu ştiu de ce. Probabil pentru că am – e *şi* soţul meu nu mi-o acordă deloc. Când nu am nimic de spus.

— Ttu: a am sentimente pentru dumneavoastră – am emoţii chiar asta. Sunt două feluri de sentimente pe care le capăt aici – că sunteţi ca tatăl meu şi aş vrea să mă legănaţi şi să mă atingeţi în Celălalt este când vreau să mă strângeţi în braţe cu adevărat

— *Opreşte)*

— Avut un sentiment chiar acum când v-aţi oprit în mijlocul unei

C Time era?

1 – vreau să spun. E ridicol *(cu mare ezitare*). Nu pot doar să vin aici... – umneavoastră... şi să mă gândesc: „Vreau să fac dragoste cu tine".

2

am mui acesta. Asta nu sunt eu.

A gândi că aţi putea avea sentimente sexuale este atât de 7 tra dumneavoastră, încât nu puteţi deţine acele sentimente ca fiind iiră proprii?

I. Pur şi simplu nu sunt aşa. Nici măcar cu soţul meu. Subconştientul

3 îmbrăţişeze şi să vă ţină strâns, dar mintea mea conştientă vrea să-am aceste sentimente. Mai degrabă m-aş întoarce la sentimentul că meu şi că am nevoie de o atingere cu mâna pe spate. Este deosebit de inacceptabil pentru dumneavoastră să aveţi se male pentru cineva pe care îl vedeţi şi ca pe un tată. Mă întreb dacă i – 5-a întâmplat când eraţi fetiţă în relaţia cu tatăl dumneavoastră. Am fost întotdeauna specială pentru tata. Când m-a însoţit de-a lungul i m-a condus la altar, mi-a spus că am fost întotdeauna preferata sa din ale sale. N-ar trebui să vorbesc aşa. Trebuie să plec şi să merg cu Otu meu şi să-mi petrec seara cu ei, dar gândurile mele vor fi cu

7-Tlx: Sună ca şi cum ar exista o similitudine între ataşamentul faţă de smentul faţă de tatăl dumneavoastră, prin aceea că ambele fac să vă fie rsâiţi emoţional în soţul dumneavoastră.

Rtă vinietă, terapeutul a făcut o legătură între transferul erotic

— Sentimentele ei faţă de tatăl său. Sentimentele

sexuale sunt ambele relaţii, căci ea le vede ca fiind incompatibile cu v altminteri paternă asupra terapeutului şi asupra tatălui ei. 5 legat sentimentele de transfer de relaţia trecută cu tatăl, terapeutul leagă aceste dorinţe de dificultăţile cu soţul ei, o relaţie extratransferenţială curentă.

Aceste patru principii de tehnică îi pot fi de ajutor psihanalistului care tratează un pacient ce se luptă cu sentimente erotice de transfer. Totuşi aderarea la aceste principii necesită o gândire raţională. Aşa cum au ştiut de mult poeţii, pasiunea întunecă judecata. Chiar prin natura lor, sentimentele de iubire şi/sau de dorinţă tind să provoace puneri în act atât la pacient, cât şi la terapeut (Gabbard, 1994). Cu alte cuvinte, ambele persoane sunt predispuse să-şi piardă capacitatea reflectivă asupra caracteristicilor transferenţiale şi contratransferenţiale ale sentimentelor, deoarece ele par atât de reale şi de puternice. Terapeuţii trebuie să monitorizeze atent deviaţiile de la practica lor clinică standard ca pe o cale de a se alerta pe ei înşişi faţă de punerile în act contratransferenţiale. Câteva semne de alarmă sunt deosebit de utile în această formă de monitorizare a limitelor (Gabbard, 2003): şedinţe extinse dincolo de lungimea lor obişnuită, reducerea preţului sau gratuitatea şedinţelor, împărtăşiri făcute pacientului despre propria viaţă, reverii constante despre pacient, acordarea unei atenţii deosebite înfăţişării sale în ziua şedinţei pacientului, îmbrăţişarea pacientului sau orice altă formă de contact fizic, a dori să-l întâlneşti pe pacient într-un cadru nonclinic şi a imagina că poţi salva pacientul din nefericirea sa (Gabbard şi Wilkinson, 1994; Gutheil şi Gabbard, 1993). Când terapeuţii încep să observe că deviază de-a lungul acestor linii sau sunt copleşiţi de sentimentele erotice faţă de pacient, ar fi înţelept să ceară o consultare sau o supervizare de la un coleg respectat.

Într-adevăr, este probabil înţelept pentru toţi terapeuţii să folosească în mod regulat consultarea când tratează un pacient cu un transfer erotic sau când au experienţa unui contratransfer erotic (Gabbard, 1996, 2003; Gabbard şi Lester, 2003). Sentimentele sexuale în diadă pot fi „desincronizate" şi dorinţa poate oscila înainte şi înapoi între terapeut şi pacient şi doar ocazional să existe la ambii deodată.

Terapeuţii trebuie să fie conştienţi că nu toţi pacienţii care au sentimente sexuale faţă de terapeut vor răspunde la eforturile de interpretare. Unii pacienţi histrionici şi borderline pot să-şi traducă sentimentele în acţiune şi să se arunce la picioarele terapeutului, să stea în braţele lui sau să-l îmbrăţişeze pasional când se îndreaptă spre uşă. În asemenea cazuri, terapeutul trebuie să stabilească limite ferme. Pacienţii pot să aibă nevoie să li se spună că trebuie să se întoarcă la locul lor şi că contactul fizic întrece limitele. Uneori, este de ajutor un comentariu educaţional: „Psihoterapia este un tratament verbal care poate acţiona doar în anumite circumstanţe. Una dintre circumstanţele acestea este ca dumneavoastră să staţi pe scaunul dumneavoastră, iar eu pe al meu". – *g de sex în transferul erotic*

— Ta copleşitoare a rapoartelor de caz care implică transferuri. Erotizate sunt ale pacientelor cu terapeuţi bărbaţi. Lester c-ntiat că absenţa rapoartelor implicând pacienţi bărbaţi şi " ale reflecta raritatea generală a iubirii transferenţiale în

—.: „Ea a speculat că anxietatea pacientului bărbat în legătură izufă ca o mamă falică preeedipiană, care face interpretări: poate să-i umbrească şi să-i inhibe mult expresia senti – ale faţă de analistă văzută ca o mamă oedipiană. Lester a

— Temenea, că pasivitatea regresivă din terapia analitică

— R.va regulii rolului sexual masculin activ tradiţional.

I – lui Lester nu s-a coroborat cu cea a tuturor terapeutelor. – 5 văzut scenariul mamei falice al lui Lester ca aplicabil doar – r de sex masculin care lucrează cu terapeute. Ea a susţinut că râibaţi găsesc că este mult mai inacceptabil să fie pasivi şi –.; tă de o femeie decât să exprime sentimente sexuale directe, i-a dependent poate să-i facă pe unii pacienţi să se apere imaşemenea sentimente „întorcând masa" şi folosind sentimen –. Auster pentru a restaura un sens al dominaţiei masculine, R". – ele terapeut tratează un pacient bărbat, apare o altă – * – * – de sex – şi anume, riscul de atac. Dacă pacientul are

— N; «aşa de personalitate antisocială sau borderline şi un – ± „— rrpulsului, o terapeută *poate fi în* pericol într-un *cabinet*

— Rrpreta transferul unui pacient agresiv şi impulsiv poate

— De folos, şi limitele trebuie stabilite clar. În unele cazuri.

— ssră terminarea tratamentului, deoarece nu este posibil să – r context unde există o ameninţare de atac. Terapeutele: aeze cu atenţie dacă apare un transfer erotic sau erotizat re icbat (Gabbard, 2004). Poate acest pacient să folosească: sma sexuală ţinând-o în domeniul fantasmei şi explo

— Caţia? Sau discutarea despre fantasma sexuală poate să formă de acţiune când pacientul crede că terapeuta – " contact sexual efectiv?

— Apărut atât de multe cazuri de paciente cu transfer erotic

— Erson (1985) a observat că clinicienii pot avea impresia că

Miale în terapie sunt specific şi exclusiv legate de

psihoTotuşi, deşi mulţi pacienţi care au fost trataţi de un r at pot să refuleze sau să nege transferul erotic din cauza mosexuale, unii dezvoltă un transfer erotic sau erotizat ed deschis faţă de terapeutul lor şi care trebuie înţeles şi

— Tematic. În multe cazuri, transferul sexualizat este o – m-a unor sentimente mai inconfortabile de iubire şi de

— Unt greu de exprimat (Gabbard, 1994).

18.5.2 Psihoterapia de grup

Clinicienii au observat deseori că pacienţii care sunt candidaţi buni pentru psihoterapia individuală de tip psihodinamic simt şi candidaţi buni pentru psihoterapia psihodinamică de grup. Astfel este cazul cu pacienţii isterici, care devin frecvent „stele" în grupul lor. Ei sunt înalt valorizaţi de alţi membri din grup pentru abilitatea lor de a exprima direct sentimente şi pentru grija şi preocuparea lor pentru alţii din grup. Stilul cognitiv al pacientului isteric şi apărările asociate de refulare şi negare pot fi confruntate destul de eficient în psihoterapia de grup. Alţi pacienţi din grup îi vor ajuta pe pacienţii isterici să vadă cum au tendinţa de a-şi distorsiona viziunea asupra lor şi a altora prin omiterea detaliilor din situaţiile de interacţiune. De exemplu, când o pacientă isterică a descris cum a fost înţeleasă greşit ca fiind seductivă când ea era doar prietenoasă cu un bărbat la locul de muncă, pacienţii bărbaţi din grup au evidenţiat că poate trecea cu vederea ceea ce spusese (sau cum o spusese) în interacţiune. Mai mult, ei au evidenţiat felul în care această pacientă s-a comportat similar în grupul însuşi şi cum părea să ignore semnalele de flirt pe care le transmisese şi bărbaţilor din grup.

Pacienţii isterici formează în general un transfer matern pozitiv faţă de grup ca întreg. Ei iau terapia de grup ca pe o oportunitate de a primi ceva din grija

maternă despre care ei cred că le-a lipsit în copilărie. Ei sunt, aşadar, bine motivaţi să urmeze terapia de grup şi să-i încurajeze şi pe alţii să o vadă ca pe o resursă valoroasă. Pacienţii histrionici totuşi pot fi mai problematici în grupuri, deoarece ei vor distrage frecvent atenţia de la alţi pacienţi, cerând să fie ei în centrul atenţiei prin desfăşurări floride ale emoţiilor. Asemenea pacienţi pot fi trataţi eficient în psihoterapia de grup doar dacă sunt şi în psihoterapie individuală, similar cu psihoterapia de grup a pacienţilor borderline (vezi Capitolul 15).

18.6 Concluzii

Continuumul de la histrionic la isteric cuprinde un domeniu al patologiei de caracter cu o serie de forţe şi slăbiciuni la pacienţii situaţi de-a lungul acelui continuum. Înainte de a dezvolta un plan de tratament, trebuie mai întâi evaluat pacientul în termenii trăsăturilor histrionice versus isterice şi trebuie făcute consideraţii în ceea ce priveşte potrivirea pentru terapia expresivă versus cea suportivă care va urma după această evaluare. Aceşti pacienţi pot gratifica terapeutul şi el trebuie să fie conştient de pericolul de a ignora transferul negativ care se ascunde în spatele dorinţei de a-i face plăcere terapeutului. Precum ru tulburare de personalitate narcisică, unii pacienţi histrionici pot: iea o importanţă neobişnuită înfăţişării lor, precum şi capacităţii lor**: i-i** atrage pe alţii. De aceea, declinul abilităţii lor de a fascina poate iciat cu tendinţe depresive, dar poate şi să-i facă mai autentici în 7-v-ia lor afectivă. Pe de altă parte, acest declin al tinereţii şi al –: vităţii sexuale poate să-i ducă la o disperare şi mai mare în: zarea de către ei a relaţiei terapeutice. Terapeuţii trebuie să fie – …

— R: li la rănirea narcisică inerentă în această criză de dezvoltare şi: te să vadă că au o profunzime interioară

dincolo de aparenţa. Şi de atractivitatea sexuală.**19. Grupa C**

Tulburări de personalitate

Obsesiv-compulsivă, evitantă şi dependentă

Cele trei tulburări de personalitate clasificate în Grupa C conform DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2000) – obsesiv-compulsivă, evitantă şi dependentă – sunt grupate împreună pentru că persoanele cu aceste tulburări au în comun drept caracteristică principală anxietatea sau frica. O tradiţie clinică îndelungată psihanalitică este asociată cu tulburarea de personalitate obsesiv-compulsivă (TPOC), dar nu există o tradiţie similară pentru celelalte două entităţi caracterologice ale Grupei C. Faptul că toate cele trei tulburări de personalitate sunt tratate împreună în acelaşi capitol reflectă numărul mic de contribuţii la literatura psihodinamică în ceea ce priveşte tulburarea de personalitate evitantă şi dependentă.

19.1 Tulburarea de personalitate obsesiv-compulsivă

TPOC este o tulburare frecventă. În Studiul Epidemiologie Naţional asupra Alcoolului şi Stărilor Corelate 2001 – 2002 (Grant et al., 2004), TPOC a avut prevalenţa cea mai mare în populaţia generală, cu 7, 88. Totuşi, este frecvent confundată cu tulburarea obsesiv-compulsivă (TOC).

Distincţia între TOC (sau nevroza obsesiv-compulsivă) şi TPOC se bazează pe diferenţa dintre simptome şi trăsături de caracter persistente. Aşa cum a fost descris în Capitolul 9, pacientul cu TOC este invadat

de gânduri neplăcute recurente şi este obligat să îndeplinească ritualuri comportamentale. Aceste manifestări simptomatice simt, în general.

— Nice, pacientul recunoscându-le ca probleme şi în general dorind – re de ele. În contrast, trăsăturile care constituie diagnosticul de – conform DSM-IV-TR Tabel 19 – 1) simt modele comportamentale; ngul vieţii care pot fi egosintonice. Aceste trăsături nu le obligatoriu suferinţă pacienţilor şi chiar pot fi privite ca foarte

— Nve. Într-adevăr studiile pe medici evidenţiază că anumite. – obsesiv-compulsive contribuie semnificativ la succesul ca medic 1985; Krakowski, 1982; Vaillant et al., 1972). Devotamentul

— Aţă de muncă tipic persoanei obsesiv-compulsive poate duce la L importante şi în alte profesii decât medicina, profesii în care

— Centru detalii este esenţială. Totuşi succesul în sfera profesională e reţ mare pentru aceşti oameni. Apropiaţii îi consideră greu de

— Rs: s: îi îndeamnă frecvent să apeleze la ajutor psihiatric.

Edistincţia dintre TOC şi TPOC în DSM-IV-TR este clară şi folos: zuscă nişte controverse privind suprapunerea celor două entităţi

— Coteriile de diagnostic DSM-IV-TR pentru tulburarea de personalitate obsesiv-compulsivă.

— Pervaziv de preocupare pentru ordine, perfecţionism şi control mintal şi – al: n detrimentul flexibilităţii, deschiderii şi eficienţei, începând precoce

— J ici uită şi prezent într-o varietate de contexte, după cum este indicat de

— R Ta (sau mai multe) dintre următoarele:

Icupat de detalii, reguli, liste, ordine, organizare sau planuri, în aşa.: 3 obiectivul major al activităţii este pierdut

— A cerfecţionism care interferează cu îndeplinirea sarcinilor (de ex., este «. R să realizeze un proiect, deoarece nu sunt satisfăcute standardele sale

—.le stricte)

— Ocsude devotat muncii şi productivităţii, mergândpână la excludewa – as – recreative şi a amiciţiilor (fapt nejustificat de o necesitate economică

conştiincios, scrupulos şi inflexibil în probleme de moralitate, etică sau fi nejustificat de o identificare culturală sau religioasă)

x abil să se debaraseze de obiecte uzate sau inutile, chiar când acestea nu – Aioare sentimentală

s jelege sarcini sau să lucreze cu alţii în afară de cazul când aceştia se

— Modului lui de a face lucrurile

m stil de viaţă avar de a cheltui, atât faţă de sine, cât şi faţă de alţii, banii – mţi drept ceva care trebuie strâns pentru viitoare catastrofe 2 rigiditate şi obstinaţie.

k – e.: după Asociaţia Psihiatrică Americană,

Manual statistic şi diagnostic al r. **Ut***ak (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders,* **ediţia a – zuit, Arlington, VA, American Psychiatric Association, 2000). CopyA mericair Psychiatric Association. Folosit cu permisiune.**

diagnostice. Simptomele de natură obsesiv-compulsivă au fost, de asemenea, raportate ca apariţii tranzitorii în timpul terapiei psihanalitice la pacienţii cu TPOC (Münich, 1986). Totuşi studiile empirice indică faptul că o gamă largă de tulburări de personalitate pot apărea la pacienţii cu TOC. Într-un studiu, mai puţin de jumătate dintre pacienţii cu TOC au îndeplinit criteriile de TPOC (Rasmussen şi Tsuang, 1986). De fapt, cel mai frecvent diagnostic caracterologic al acestui eşantion a fost tulburarea de personalitate mixtă cu elemente evitante, dependente şi pasiv-agresive. Un studiu (Baer et al., 1990) care a analizat 96 de pacienţi cu TOC a semnalat că doar 6 aveau un diagnostic de TPOC pe Axa II. Alţi cercetători au găsit că TPOC este semnificativ mai frecventă la pacienţii cu TOC decât la cei cu tulburare de panică şi tulburare depresivă majoră (Diaferia et al., 1997) şi că este de aşteptat ca simptomele obsesionale să se asocieze mai degrabă cu trăsături de TPOC decât cu trăsături ale altor tipuri de tulburări de personalitate (Rosen şi Tallis, 1995). Într-un studiu scandinav de comorbiditate între TOC şi tulburările de personalitate (Bejerot et al., 1998), 36 dintre pacienţii cu TOC au fost diagnosticaţi şi cu TPOC. Un studiu controlat care a inclus 72 de pacienţi cu TOC şi 198 de rude de gradul întâi (Samuels et al., 2000) a găsit o prevalenţă mai mare a TPOC în familiile pacienţilor cu TOC, sugerând că poate exista o etiologie familială comună pentru TPOC şi TOC. În ciuda incertitudinii în privinţa legăturii dintre TPOC şi TOC, în general ele sunt discutate separat datorită

implicaţiilor terapeutice care sunt diferite.

19.1.1 înţelegere psihodinamică

Contribuţiile psihanalitice timpurii (Abraham, 1921/1942; Freud, 1908/1959; Jones, 1948; Menninger, 1943) au legat anumite trăsături de caracter – în special obstinaţia, zgârcenia şi preocuparea pentru ordine – cu faza anală a dezvoltării psihosexuale. Pacienţii cu aceste trăsături de personalitate au fost consideraţi ca regresând de la anxietatea de castrare asociată cu faza de dezvoltare oedipiană, la relativa siguranţă a perioadei anale. Conduşi de un Supraeu punitiv, ei au preluat probabil operaţii caracteristice defensive ale Eului, ca izolarea afectului, intelectualizarea, formaţiunea reacţională, anularea retroactivă şi deplasarea (vezi Capitolul 2). Obsesia lor pentru ordine, de exemplu, a fost conceptualizată ca formaţiune reacţională împotriva dorinţei ascunse de a se implica în activităţi murdare anale şi derivate ale acestora. Dificultatea considerabilă pe care cei cu personalitate obsesiv-compulsivă o au în exprimarea agresivităţii a fost legată de conflicte timpurii de forţă cu figurile materne privind exerciţiile de învăţare de a folosi WC-ul. Încăpăţânarea indivizilor obsesionali poate fi, de asemenea, văzută ca un rezultat al aceloraşi conflicte.

Atribuţiile mai recente (Gabbard, *1985*; Gabbard şi Menninger.

— Gabbard şi Newman, 2005; Horowitz, 1988; Joseph! 992; ough şi Maltsberger, 2001; Saltzman, 1968, 1980, 1983; Shapiro, i u depăşit vicisitudinile fazei anale pentru a se concentra pe – rele interpersonale, de stimă de sine, de gestionare a stărilor de

— Dependenţă, stil cognitiv şi problemele de echilibrare a muncii

— ilor emoţionale. Persoanele cu TPOC au mari

probleme cu – ea de sine. Copii fiind, ei nu se simt suficient de apreciaţi sau

— Ie către părinţii lor. În unele cazuri, această percepţie se poate. Cu o atitudine rece sau distantă a figurilor parentale, pe când în: jri copiii ar fi putut pur şi simplu să ceară mai multe confirmări.

— Une decât copiii obişnuiţi, în scopul de a primi o confirmare

— Tratamentul psihodinamic al acestor pacienţi dezvăluie tssce dorinţe dependente, nesatisfăcute şi un rezervor de furiertată împotriva părinţilor ca o reacţie la indisponibilitatea lor – Aia. Deoarece pacienţii obsesiv-compulsivi consideră atât mânia – pendenţa lor în mod conştient inacceptabile, ei se apără îmi acestor sentimente prin mecanisme cum ar fi: formaţiunea –:. – aia şi izolarea afectului. În efortul contradependent de a nega: – cndenţă de oricine, multe persoane obsesiv-compulsive fac îi laborioase pentru a demonstra propria independenţă şi o realismul lor dur”. În mod similar, se străduiesc să obţină asupra tuturor stărilor de furie şi pot chiar părea foarte. – oase şi umile pentru a evita orice impresie că ar nutri sentr – răutate.

— I-jije intime ridică o problemă importantă pentru pacientul –e impulsiv. Intimitatea implică posibilitatea de a fi copleşit de

— Rurernice care trebuie satisfăcute, Dorin, te care pot duce la

— Frustrări ce pot da naştere unor trăiri de ură şi resentimente

— Je răzbunare. Sentimentele inerente unei relaţii intime sunt

— As, deoarece au potenţialul de „a scăpa de sub control”, una

— E fundamentale ale persoanei obsesiv-compulsive. Semnifi

R e plâng frecvent că persoana iubită, obsesiv-compulsivă.

— Atitudine exagerată de control. Punctele moarte şi situaţiile? par adesea în astfel de relaţii, deoarece persoanele obse

— R dsive refuză să accepte că altcineva ar putea găsi un mod mai

Ice lucrurile. Această nevoie de control asupra celorlalţi **-** **t** esea dintr-o preocupare fundamentală că sursele de îngrijire

— Înconjurător sunt foarte limitate şi pot dispărea în orice

În orice persoană obsesiv-compulsivă există un copil care se: jbit. Nivelul scăzut de încredere în sine împreună cu senti

—.: – copilărie de a nu fi apreciat conduc adesea către o prezumţie

— Prefera să nu se implice cu persoanele obsesiv-compulsive. cut de agresiune şi intensele dorinţe distructive ascunse în inconştientul persoanei obsesiv-compulsive pot contribui în egală măsură la frica de a-i pierde pe ceilalţi. Aceşti pacienţi se tem adesea că intenţiile lor distrugătoare îi vor îndepărta pe ceilalţi sau vor duce la con te-a agresiune, ca o proiecţie a propriei lor furii.

În ciuda eforturilor pacienţilor cu TPOC de a fi loiali, amabili şi complianţi, teama că îi vor îndepărta pe ceilalţi devine adesea o profeţie ce se autoîndeplineşte. Comportamentul obsesiv-compulsiv tinde să-i irite şi să-i exaspereze pe cei ce vin în contact cu el. Persoana care manifestă comportamentul poate totuşi fi percepută în unele moduri întrucâtva diferite, în funcţie de gradul diferenţial al relaţiei (Josephs 1992). În percepţia subordonaţilor, indivizii cu TPOC apar ca fiind dominanţi, ultracritici şi obsedaţi de control. În percepţia şefilor lor,

aceştia pot apărea linguşitori şi slugarnici într-un mod ce sună fals. Astfel, în mod ironic, exact aprecierea şi dragostea pe care le caută ei sunt subminate şi persoanele cu TPOC se simt neapreciate cronic, în timp ce ele lucrează în propriul lor mod de tortură, pentru a câştiga aprecierea mult dorită din partea celorlalţi.

Persoanele cu tulburare obsesiv-compulsivă sunt caracterizate şi de o tendinţă de perfecţionism. Ele par să nutrească credinţa ascunsă conform căreia pot primi în fine aprecierea parentală şi stima care le-a lipsit atunci când erau copii, doar în cazul atingerii unei stări transcendentale de desăvârşire. Aceşti copii cresc adesea cu convingerea că nu au încercat suficient de mult şi în consecinţă, ca adulţi, simt permanent că nu se străduiesc suficient de mult. Părintele care pare să nu fie niciodată satisfăcut este interiorizat ca un Supraeu dur, care aşteaptă din ce în ce mai mult de la pacient. Mulţi indivizi cu tulburare obsesiv-compulsivă devin dependenţi de muncă, deoarece simt ghidaţi în mod inconştient de convingerea că dragostea şi aprecierea pot fi obţinute numai prin eforturi eroice de a atinge cele mai înalte culmi ale realizării profesionale. Ironia în această luptă pentru perfecţiune este totuşi că persoanele cu tulburare obsesiv-compulsivă par să fie foarte rar mulţumite de propriile rezultate. Par să fie ghidate mai mult de dorinţa de a obţine o uşurare din partea Supraeului lor chinuitor, decât de a simţi cu adevărat plăcere.

Aceste suporturi dinamice duc la un stil cognitiv caracteristic (Horowitz, 1988; Shapiro, 1965). În timp ce pacienţii isterici şi histrionici au tendinţa să supraaprecieze stările afective în detrimentul gândirii atente, reversul este valabil pentru persoanele obsesiv-compulsive. Nu departe de renumele personajului Mr. Spock din *Star Trek,* persoanele obsesiv-compulsive caută să fie extrem de raţionale şi logice în orice încercare. Ele

sunt speriate de orice situaţie în care emoţiile nu pot fi controlate, iar tendinţa lor mecanică de a fi total fără afect îi poate conduce pe cei din jur la confuzie. Mai mult, gândirea lor este logică numai între anumiţi parametri înguşti. Stilul lor de gândire poate fi – acâerizat ca rigid şi dogmatic (Shapiro, 1965). Din punct de vedere: – amic, aceste calităţi pot fi înţelese ca fiind compensatorii pentru r crederea în sine şi ambivalenţa care chinuie persoana obsesâv-comretavă.

Spre deosebire de stilul cognitiv al pacientului isteric, cel al indicujui obsesiv-compulsiv implică atenţie minuţioasă pentru detalii – coroape totală lipsă de spontaneitate sau flexibilitate, iar orice intuitivă cu rol de a impresiona este automat reprimată ca fiind şjcă". Persoanele obsesiv-compulsive cheltuiesc o energie extrilor. Ssară pentru a-şi menţine stilul lor cognitiv şi atenţionai rigid, astfel cât absolut nimic din ceea ce fac nu este fără efort. Un set de credinţei. Jdaptive obsedează persoanele cu TPOC. Printre acestea sunt

— Jtoarele: „Este important să faci lucrurile perfect tot timpul"; „Orice

— Ală sau defect poate duce la o catastrofă"; „Oamenii ar trebui să i – lucrurile în felul meu"; „Detaliile sunt extrem de importante"... – când şi Newman, 2005). O vacanţă sau doar o perioadă de relaxare

— Prezintă de obicei nicio ispită pentru o persoană cu adevărat obse

— Compulsivă. Într-un studiu care a urmărit 100 de medici liber-profe

— Rişti obsesiv-compulsivi (Krakowski, 1982), doar 11 dintre ei şi-au

concediu de dragul vacanţei şi doar 10 îşi luau regulat pauze cvn tru relaxare de la muncă.

Deşi o mare parte dintre aceşti indivizi au rezultate foarte bune, unii

— Re ei găsesc că stilul lor îi împiedică să aibă succese în activitate. „— o coanele obsesiv-compulsive pot cântări la nesfârşit decizii minore: – rperându-i pe cei din jurul lor. Se împotmolesc în detalii şi pierd – rmărirea scopului major al sarcinii curente. Indecizia lor poate fi reiată dinamic cu sentimente adânci de neîncredere în sine. Ei găsesc – cui de a face o greşeală atât de mare, încât exclud într-un fel sau altul: edzie definitivă. În mod similar, teama lor că rezultatul final al unui. – nect poate să nu fie perfect poate contribui la indecizia lor. Multe r. Cfâne obsesiv-compulsive au o foarte bună comunicare verbală, dar" mpină probleme majore psihologice în comunicarea scrisă din cauza crui că rezultatul final nu va fi fără cusur.

Calitatea lor de a se implica excesiv în acţiuni, inerentă persoanelor csesiv-compulsive, a fost foarte bine descrisă de Shapiro (1965) ca având carenţa de a fi presată sau motivată de ceva care depăşeşte interesul r rrsoanei implicate. Nu pare foarte entuziasmată de acţiunile sale.

Reresul ei real în activitate, cu alte cuvinte, nu pare să justifice intensitatea e care îşi urmăreşte scopul" (p. 33). Aceşti pacienţi sunt întotdeauna nduşi de către supraveghetorul lor intern care emite comenzi legate de: cea ce ei „ar trebui" sau „ar avea obligaţia morală să facă". Din punct de adere dinamic, ei au puţină autonomie faţă de poruncile Supraeului. Se e importă în acest fel pentru că sunt obligaţi s-o facă, indiferent de cum ar r putea comportamentul lor să îi influenţeze pe alţii.

Supraeul hipertrofiat al pacientului obsesiv-compulsiv este neîndurător în cererile sale pentru perfecţiune. Când aceste cereri nu sunt satisfăcute pentru o perioadă lungă de timp, se poate instala depresia. Această legătură dinamică dintre caracterul obsesiv-compulsiv şi depresie a fost observată de către clinicieni

de mulţi ani. Persoana obsesiv-compulsiva poate avea în mod particular un risc mai mare pentru depresie la vârsta mijlocie, când aspiraţiile idealiste ale tinereţii sunt spulberate de către scurgerea reală a timpului odată cu înaintarea în vârstă. Aceşti pacienţi pot avea tentative de suicid la un moment dat de-a lungul vieţii şi pot necesita spitalizare în ciuda unui istoric lung de bună funcţionalitate în domeniul muncii. Mulţi dintre aceşti pacienţi depresivi perfecţionişti, descrişi în Capitolul 8 ca având în mod special afecţiuni rezistente la tratament, sunt mânaţi de caracteristicile personalităţii lor obsesiv-compulsive.

Structura complexă de caracter a pacientului cu TPOC poate fi rezumată ca implicând un simţ public al Sinelui, un simţ privat al Sinelui şi un simţ inconştient al Sinelui Oosephs, 1992). Fiecare dintre acestea are o dimensiune care este mai adecvată relaţiilor cu superiorii şi alta legată de relaţia cu subordonaţii. De exemplu, simţul public al Sinelui în relaţiile cu superiorii este acela al lucrătorului responsabil şi conştiincios care este serios, amabil, adecvat social în toate situaţiile şi previzibil. Simţul public al Sinelui în relaţia cu subordonaţii este acela al mentorului înţelept sau criticului constructiv care le asigură un feedback valoros celor care îl ascultă. Din păcate, acest simţ trăit subiectiv al individualităţii publice nu este întotdeauna ceea ce percep ceilalţi. Reacţiile celorlalţi dau de fapt naştere unui simţ privat al Sinelui care este pe deplin conştient, dar în mare măsură ascuns de ceilalţi. Pacienţii cu TPOC simt adesea că nu sunt apreciaţi şi în consecinţă se simt răniţi şi supăraţi. Lipsa recunoaşterii îi duce la chinurile îndoielii de sine. Această nesiguranţă trebuie să fie ascunsă de cei aflaţi în poziţii superioare, deoarece indivizii cu TPOC simt îngroziţi de umilinţa şi ruşinea asociate cu expunerea acestei părţi a lor care manifestă neîncredere în sine. Ei sunt adesea

convinşi că ceilalţi îi vor vedea ca fiind slabi şi tot văicărindu-se. Alături de acest aspect al simţului privat de Sine există o convingere deplină a superiorităţii morale faţă de cei care sunt în poziţii subordonate. Deoarece pacienţii cu TPOC sunt atât de apăraţi împotriva propriei agresiuni şi propriului sadism, ei nu vor să apară ca nişte persoane dispreţuitoare. Încearcă să mascheze acest aspect al simţului privat de Sine pentru a evita să pară pretenţioşi, pompoşi sau ultracritici. Se pot simţi atunci mândri de cât de amabili şi retraşi sunt faţă de cei „de sub ei".

Cele două dimensiuni ale simţului inconştient al Sinelui pot fi rezumate într-o relaţie slugarnic-masochistă cu superiorii şi într-o relaţie sadică de control cu subordonaţii (Josephs, 1992). Dorinţa sadică şi

— Oitoare inconştientă de a le produce durere celor care nu se supun

— Rolului lor este în întregime inacceptabilă pentru pacienţii cu TPOC

— As aceea trebuie să fie refulată. Dacă ar face altfel ar trebui să-şi – n promită înaltele standarde morale. În relaţia cu figurile autoritare, de altă parte, aceşti pacienţi se tem de umilinţă în contextul atitudinii

— P jse şi dornice de dragoste, astfel încât se supun masochistic prouior standarde morale excesiv de dure şi propriilor frământări de a

— Se ridica la aceste aşteptări. Această tortură proprie îi scuteşte de – ce ei se tem – şi anume controlul, dominarea şi umilinţa sadică

— Partea altora. Mesajul inconştient dat superiorilor este „nu este

— E să mă critici şi să mă ataci pentru că după cum vezi mă chinui

— Gur fără milă".

— 12 Consideraţii psihoterapeutice

st contrast cu natura refractară a TOC, TPOC poate suferi îmbuânri mari în urma psihanalizei sau psihoterapiei personale cu rmări expresive (Gabbard şi Newman, 2005; Gunderson, 1988;

— Owitz, 1988; Mecullough şi Maltsberger, 2001; Münich, 1986;

— Cr an, 1980). Winston et al. (1994) au descris un experiment controlat 15 de pacienţi care aveau tulburări de Grupă C şi care au efectuat

— Dinamică, media fiind de 40, 3 sesiuni. Deşi mulţi pacienţi au. Sifcat un tratament de mai lungă durată, aceia din acest eşantion au – 5 trat îmbunătăţiri semnificative pentru toate măsurătorile faţă de rimi-control de pe o listă de aşteptare. Urmărirea acestor pacienţi, „tăie 1, 5 ani, după terminarea terapiei a demonstrat în continuare

— Zcii. Datele din cercetare sugerează, de asemenea, că există o: iâtăţire continuă chiar şi după terminarea terapiei. Aşa cum s-a v în Capitolul 4, Svartberg et al. (2004) au randomizat pacienţi cu r – rări de personalitate de Grupă C pentru a primi 40 de şedinţe

— Mânale de terapie dinamică sau terapie cognitivă. Întreg grupul: celenţi a avut o îmbmiătăţire semnificativă statistic pentru toate – rătorile pe durata tratamentului, ca şi în timpul perioadei de – irire de doi ani. Modificări semnificative ale simptomelor care r acă suferinţă au fost găsite la grupul care a făcut psihoterapie recă, dar nu şi la cei care au făcut terapie cognitivă. La doi ani după rent, 54 dintre pacienţii cu terapie dinamică şi 42 dintre r în ţii cu terapie cognitivă s-au recuperat din punctul de vedere al

— R. Matologiei, în timp ce aproximativ 40 dintre pacienţii din – e grupuri s-au recuperat din punctul de vedere al problemelor: c – „sonale şi al funcţionalităţii personale. În timp ce patologia.

— A personalităţii s-a îmbunătăţit minim în timpul

tratamentului.

— I e; mai târziu îmbunătăţirea a fost evidentă pentru 35 – 38 dintre pacienţi. Deci se pare că a existat un „efect întârziat”, indicând că mulţi pacienţi au internalizat dialogul terapeutic şi au continuat să îl folosească după terminare, în privinţa rezistenţei frecvent întâlnite în cadrul psihoterapiei pacienţilor obsesiv-compulsivi, trebuie să ţinem seamă de implicaţiile pe care psihoterapia dinamică le are asupra acestor pacienţi. Însăşi ideea de inconştient le ameninţă simţul controlului. Pentru a face faţă senzaţiei de ameninţare, persoana obsesiv-compulsivă tratează toate insight-urile terapeutului ca „nimic nou”. Pacienţii obsesiv-compulsivi pot fi la început refractari în recunoaşterea faptului că terapeutul le poate spune ceva de care ei să nu fie conştienţi (Salzman, 1980). Rezistenţa lor poate fi înţeleasă ca mecanism tipic de apărare al pacientului în procesul psihoterapeutic. Printre mecanismele de apărare se numără izolarea afectului, intelectualizarea, anularea retroactivă, formaţiunea reacţională şi deplasarea. Izolarea afectului se poate prezenta ca o lipsă de conştienţă legată de orice fel de sentimente faţă de terapeut, în special dependenţă sau furie. Pacientul poate da foarte multe informaţii despre trecut şi prezent, fără o aparentă reacţie emoţională la aceste informaţii. Când terapeutul revine dintr-o vacanţă prelungită, pacientul obsesiv-compulsiv foarte probabil nu admite niciun fel de reacţie emoţională legată de această despărţire. Dacă formaţiunea reacţională este unul dintre mecanismele de apărare importante, pacientul va răspunde probabil: „O, nu, nu m-a deranjat deloc. Sper că ai avut o vacanţă plăcută şi că te-ai relaxat”. Făcând diferenţa între formele de prezentare ale Sinelui, public, privat şi inconştient, se poate descrie rezistenţa principală ca încercând să ascundă simţul de Sine privat în spatele prezentării publice a Sinelui ca ascultător şi conştiincios

(Josephs, 1992).

Persoanele obsesiv-compulsive răspund, de asemenea, la ameninţarea unor trăiri intense cu ocolişuri obsesionale care servesc ca o perdea de fum pentru a masca trăirile lor reale. Mai precis, poate servi ca un nor anestezic care îi adoarme pe cei din jur. În timp ce pacientul se îndepărtează din ce în ce mai mult de subiectul iniţial, terapeutul poate pierde firul subiectului şi astfel să nu mai fie atent la discuţie. Pentru că aceste persoane pot avea senzaţia că anumite gânduri au la fel de multă forţă ca şi acţiunile, pacientul va simţi nevoia să revină şi să corecteze ceea ce a spus deja, după cum urmează:

În timpul vizitei de sfârşit de săptămână cu părinţii mei, am fost oarecum iritat de tatăl meu. Ei bine, nu aş spune chiar că am fost iritat, în sensul că aş fi fost cu adevărat furios pe el. Doar că stătea şi se uita la televizor şi părea să nu aibă niciun interes să vorbească cu mine. La un moment dat, mi-a trecut prin cap să închid televizorul şi să îl liniştesc, dar bineînţeles că nu am făcut chiar aşa. Niciodată nu aş fi atât de nepoliticos faţă de cineva.

Modelul tipic al discursului dezordonat al pacientului obsesiv-comfwlsiv în psihoterapie caracterizează anularea frecventă a gândurilor şi dorinţelor pe care pacientul tocmai Le-a verbalizat. În plus, gândirea exhaustivă determină pacientul să aducă în prim-plan evenimente periferice, contribuind la exacerbarea discursului dezorganizat şi Endepărtându-l şi mai mult de la ideea principală.

Mulţi pacienţi obsesiv-compulsivi vor încerca să devină „pacientul rerfect”. Ei vor încerca să producă exact ceea ce cred că terapeutul *vrea să* audă de la ei, cu

fantasma inconştientă că în fine vor primi dragostea *şi* stima care le-a lipsit în copilărie. Aşa cum au observat Mecullough II Maltsberger (2001), „pacientul ritualizează întâlnirea terapeutică şi se poate proteja de terapeut prin faptul că nu întârzie niciodată, îşi plăteşte imediat consultaţia şi devine superficial foarte «bun» în asimilarea tratamentului" (p. 2346). Pacienţiilor cu TPOC le este greu să înţeleagă că comentariile spontane, întârzierile ocazionale sau plata întârziată a consultaţiei îi pot ajuta pe ambii membri ai procesului terapeutic să îşi adâncească procesul de cunoaştere. Pentru că sunt siguri că orice exprimare a furiei va conduce la dezaprobare, ei pot în mod conştient să nu exprime furie, exprimând-o în mod inconştient prin monopolizarea întregii discuţii. Un pacient obsesiv-compulsiv a vorbit fără întrerupere timp de 50 de minute, oprindu-se exact la terminarea şedinţei şi nelăsând terapeutul să vorbească deloc. În acest fel, pacientul a reuşit să îşi exprime furia fără a trebui să conştientizeze vreun sentiment mânios.

Alţi pacienţi obsesiv-compulsivi îşi vor manifesta rezistenţa, recreând în procesul de transfer cu terapeutul propria lor luptă de forţă cu părinţii.

DI MM era un tipograf care venea la terapie psihanalitică de două ori pe săptămână. Iniţial s-a prezentat ca un „băiat bun" supus şi pasiv, care era complet incapabil să îşi exprime furia în timpul şedinţelor terapeutice. Totuşi el a dezvoltat un mod de a nu vorbi aproximativ jumătate din cele 50 de minute de şedinţă şi de a nu-şi plăti consultaţia. Deşi a negat orice formă de furie faţă de terapeut, când s-a discutat despre comportamentul lui, el a manifestat un mod de exprimare a furiei printr-o replică la final de consultaţie. Într-o zi, în urma eşecului de a verbaliza furia legată de faptul că terapeutul „se

holba la el” în timpul şedinţei, a spus pe când se îndrepta către uşă: „Cred că nu ţi-am dat răceala mea!”, referindu-se la grija exprimată înainte că ar putea să îi transmită terapeutului răceala sa. Cu altă ocazie, când s-a discutat faptul că nu şi-a plătit consultaţia, a ieşit cu următorul comentariu: „Sper să nu îngheţi de tot!”. La puţin timp după aceea, altă sesiune s-a terminat cu: „Ai grijă să nu aluneci pe gheaţă!”

Una dintre cele mai memorabile replici de sfârşit ale domnului MM a fost dată după o şedinţă în care a fost extrem de tăcut, cu excepţia unor comentarii ocazionale legate de neplata consultaţiei. Terapeutul a legat această imposibilitate de a plăti şedinţele de imposibilitatea de a comunica pe parcursul şedinţei. După o tăcere prelungită, dl MM a fost anunţat că timpul a expirat. La plecare, spre uşă, el s-a întors spre terapeut şi a spus: „Tocmai era să-ţi cumpăr o carte ieri la reduceri. Era scrisă de un medic clinician şi se intititula *Treizeci de ani de practică rectală”.* **Apoi a părăsit rapid camera şi a trântit uşa. În timpul următoarei şedinţe, terapeutul a adus vorba despre comentariul aparent binevoitor de a-i face un cadou. DI MM a fost capabil să-şi exploreze sentimentul că încercarea terapeutului de a-i scoate bani din buzunar şi vorbe din gură era comparabilă cu un deget introdus în anus în încercarea de a-i scoate fecalele.**

În procesul de transfer, dl MM a recreat o relaţie foarte ambivalenţă cu mama sa, care implica probleme de reţinere şi control. El a asimilat terapeutul ca pe o mamă care îl punea să defecheze (vorbe şi bani) când şi unde i-o cerea. Pentru a sfida faptul că ceea ce simţea era sadic şi

total nerezonabil, îşi ţinea „producţiile” până în ultimul moment şi apoi le elibera sub propriul control. Procedând astfel, a încercat să activeze ceea ce a experimentat pasiv, eliberându-şi agresiunea sadica în comentarii răutăcioase. Totuşi, aşa cum exemplele o arată, formaţiunea sa reacţională ca mecanism de apărare caracterologic a produs cele mai „reuşite” replici de final de consultaţie. Privind prin formaţiunea reacţională, o replică de final cum ar fi: „Ai grijă sa nu aluneci pe gheaţă!” ar însemna de fapt „Sper să cazi pe gheaţă”, „Sper să nu îngheţi de tot!” ar însemna „Sper să mori de frig!”. Chiar şi încercarea domnului MM de a asimila terapeutul cu imaginea mamei sale intruzive şi sadice care-l obliga să-şi facă nevoile la comandă a trebuit să fie ascunsă în spatele ideii de a-i cumpăra un cadou terapeutului. În ciuda formaţiunii reacţionale, furia acestor replici de final a reuşit să ajungă la terapeut. Datorită preocupărilor omnipotente ale domnului MM despre puterea devastatoare a furiei sale, el trebuia să iasă imediat după fiecare replică ostilă, temându-se că terapeutul său ar fi atât de afectat de aceste comentarii, încât acesta ar putea să se întoarcă împotriva lui într-o manieră puternică şi distructivă. Astfel dl MM îşi putea exprima furia doar în momentul plecării din cabinet, când era în afara pericolului de răzbunare (Gabbard, 1982).

Abordările terapeutice adresate acestor rezistenţe caracteristice ale pacienţilor obesiv-compulsivi încep cu o atenţie minuţioasă acordată procesului de contratransfer. Terapeutul poate fi atras de ideea de a se sustrage mecanicii dezorganizate a prezentării faptelor. Terapeuţii pot începe să izoleze mai degrabă afectul la fel ca şi pacienţii, decât să simtă iritaţia şi furia ca o parte importantă a procesului ce trebuie interpretat de către pacient. De exemplu, când terapeutul începe să se simtă plictisit şi distanţat faţă de prezentarea reală a faptelor

poate folosi un comentariu de genul: „Credeţi că este posibil ca dumneavoastră să prezentaţi toate aceste materiale faptice ca un mod de a vă ţine emoţional la distanţă?”. O altă capcană a contratransferului este ca terapeutul să treacă cu vederea anumite aspecte ale psihopatologiei pacientului datorită propriilor tendinţe obsesiv-compulsive. Deoarece trăsăturile obsesiv-compulsive sunt foarte adaptabile procesului de învăţământ medical şi formării în cadrul rezidenţiatului de psihiatrie (Gabbard, 1985), terapeuţii pot avea tendinţa să treacă cu vederea faptul că aceleaşi trăsături pot afecta negativ relaţiile unui pacient. Recunoaşterea consecinţelor relaţionale ale tendinţelor obsesiv-compulsive îi poate face pe terapeuţi să se simtă inconfortabil pentru că situaţia pacientului poate fi asemănătoare cu anumite tendinţe din relaţiile lor personale.

O strategie eficientă în tratamentul psihoterapeutic al pacienţilor cu o structură de caracter obsesiv-compulsivă este străpungerea perdelei de fum a cuvintelor pentru a ajunge direct pe urma sentimentelor. Procesul terapeutic se va împotmoli frecvent în căutarea de către pacient a faptelor pentru a evita sentimentele, ca în exemplul următor:

DI NN era student în an terminal, în vârstă de 29 de ani, dornic de psihoterapie. Plângerea sa principală era că nu putea să îşi finalizeze lucrarea de diplomă. Terapeutul era un psihiatru rezident tin pic mai tânăr decât acesta. La primele întâlniri pacientul s-a confruntat cu grija legată de vârsta terapeutului prin încercarea de a clarifica anumite lucruri.

DI NN: După cum arătaţi, nu păreţi suficient de în vârstă ca să fiţi un psihiatru cu pregătire

completă. Aş crede că sunteţi aproximativ de vârsta mea. Am dreptate?

Terapeutul; Da. Avem aproximativ aceeaşi vârstă.

DI NN: Presupun, desigur, că aveţi suficientă pregătire în domeniul psihoterapiei. Nu-i aşa?

Terapeutul: Da, aşa este.

DI NN: Dar cât durează rezidenţiatul în psihiatrie?

Terapeutul: Patru ani.

DI NN: Şi în ce an sunteţi acum?

Terapeutul: Sunt în anul al treilea.

DI NN: Totuşi presupun că aveţi un supervizor, nu?

În acest moment, rezidentul a devenit conştient că această abordare întrebare-răspuns ocolea sentimentele pacientului. În loc să răspundă doar la întrebările pacientului legate de fapte, terapeutul a ales să se refere la situaţia creată.

Terapeutul: Domnule NN, mi se pare că această încercare de a clarifica lucrurile legate de pregătirea mea este un mod de a ocoli sentimentele pe care le aveţi în legătură cu consultarea unui terapeut care este de aproximativ aceeaşi vârstă cu dumneavoastră şi care este încă în pregătire. Mă întreb dacă nu

resimţiţi puţină furie şi posibil un pic de umilinţă în faptul că aţi fost repartizat unui rezident.

Această vinietă ilustrează cum terapeutul ar trebui să se adreseze în mod deschis, de o manieră directă, sentimentelor pacientului chiar când acesta neagă existenţa lor. Pacienţii obsesiv-compulsivi se vor feri de sentimentele procesului de transfer prin retragerea în discursuri lungi legate de evenimente din trecutul îndepărtat. Terapeutul ar putea să fie nevoit să îl aducă pe pacient în prezent, în procesul de transfer şi să încerce să îşi de-a seama ce se petrece în situaţia de faţă şi ce a cauzat ca pacientul să caute refugiu în trecut (Salzman, 1980, 1983). Ţinând seamă de anumite puncte de legătură cu temele şi scopurile tratamentului, în mod frecvent cele cu care pacientul a venit iniţial la tratament, terapeutul poate menţine puncte de ancorare pentru procesul terapeutic (Salzman, 1980, 1983). Când pacientul rămâne blocat în amănunte aparent irelevante, terapeutul poate fi nevoit să-i întrerupă şirul gândurilor şi să aducă pacientul la tema centrală care a iniţiat sesiunea. Psihoterapia de grup este adesea foarte eficientă în tratarea acestei probleme, deoarece pacientul poate accepta astfel de reacţii de la omologi fără aceeaşi împotrivire care însoţeşte reacţia terapeutului.

Suplimentar confruntării şi interpretării mecanismelor de apărare caracteristice pacientului şi ajutorului dat pacientului pentru a-şi exprima sentimentele din spatele acestor mecanisme de apărare, alt scop important al psihoterapiei sau psihanalizei este să înmoaie şi să modifice atitudinile dure ale Supraeului. În termeni mai simpli, aceasta înseamnă că pacienţii trebuie să-şi accepte faptul că simt oameni. Ei trebuie să accepte că dorinţa lor de a se ridica peste sentimentele de furie, ură, dorinţă, dependenţă ş.a.m.d. Este sortită eşecului.

Sentimentele trebuie în final acceptate ca parte a condiţiei umane. Ele trebuie mai curând integrate ca o parte a experienţei personale decât să fie rerimate, negate, refulate sau nerecunoscute, ca aparţinând altcuiva. Pentru a îndeplini acest scop de a-i face Supraeului o structură mai benignă, reasigurarea este rar o metodă folositoare. Comentarii ca „Nu eşti chiar atât de rău pe cât crezi!” sau „Eşti mult prea dur cu tine!” îi vor suna nesincere pacientului.

Este mai posibil ca modificările Supraeului să apară în urma interpretărilor amănunţite ale conflictelor pacientului în jurul dependenţei, agresiunii şi sexualităţii, în acord cu prezenţa folositoare, benignă a terapeutului de-a lungul timpului. Rămânând neutru, terapeutul ajută pacientul să descopere că percepţiile sale despre terapeut sunt distorsionate, în concordanţă cu modelele formate din relaţiile anterioare. Deşi pacientul va încerca în mod repetat să îl vadă pe terapeut ca pe o persoană care îl critică şi judecă, terapeutul îl poate ajuta, accentuând faptul că pacientul îi atribuie lui propria sa judecată critică.

Pe măsură ce aceşti pacienţi încep să înţeleagă că ceilalţi nu sunt nici pe departe atât de critici ca ei înşişi, încrederea lor în sine poate creşte în mod corespunzător. Ei realizează faptul că ceilalţi i-au acceptat tot timpul mult mai mult decât îşi imaginaseră ei. Pe măsură ce trăiesc sentimentul de acceptare din partea terapeutului pentru ceea ce sunt, ei dobândesc şi o creştere a propriei lor acceptări. Pe măsură ce înţeleg ca conflictele lor despre agresiune şi dependenţă izvorăsc din situaţii din copilărie, ei câştigă o mai mare stăpânire peste aceste sentimente şi le acceptă ca parte componentă a faptului de a fi fiinţă umană. Terapeutul poate folosi confruntări periodice despre aşteptările nerealistice pe care aceşti pacienţi le cultivă despre sine. Spre exemplu, un pacient se mustra pe

sine însuşi, în cadrul unei şedinţe de psihoterapie, în legătură cu sentimentele de rivalitate pe care le nutrea faţă de fratele său mai mare, în cadrul unei reuniuni de familie de Crăciun. Terapeutul a comentat: „Se pare că dumneavoastră credeţi că ar trebui să fiţi în stare să vă ridicaţi peste toate aceste sentimente de competiţie cu fratele şi că o interpretaţi ca pe un eşec dacă nu reuşiţi”.

În timpul psihoterapiei majorităţii pacienţilor, rezistenţele sunt interpretate înainte de conţinutul lor adiacent. Totuşi lipsa de respect pentru mecanismele de apărare ale pacientului poate duce la sfaturi greşite, interpretări premature. Terapeuţii care devin iritaţi sau exasperaţi şi interpretează simţul de Sine privat sau inconştient al pacientului pot expune pacientul într-o manieră extrem de jenantă şi umilitoare pentru acesta. Dacă terapeutul îşi poate stăpâni iritaţia contratransferului, pacientul poate începe să exprime propriile îndoieli şi nesiguranţe şi dispreţ ascuns faţă de alţii. Mecanismele de apărare împotriva mâniei, cum ar fi formaţiunea reacţională, s-ar putea să trebuiască să fie abordate câtva timp înainte ca pacientul să înţeleagă modelul de apărare suficient de clar, încât să-l asocieze cu mânia subiacentă. De exemplu, terapeutul poate face următoarele comentarii: „De fiecare când anunţ o vacanţă remarc că spuneţi: «Nicio problemă!»; mă întreb dacă răspunsul maschează alte sentimente care sunt mai de neacceptat”. Când pacienţii obsesiv-compulsivi pot în sfârşit să trăiască şi să exprime mânie necamuflată împotriva terapeutului, află că, de fapt, nu este nici pe departe atât de distructivă pe cât ar fi crezut. Terapeutul este o figură consecventă, durabilă care este acolo săptămână după săptămână, în mod evident neafectată de exprimările de mânie. În mod similar, aceşti pacienţi descoperă că ei înşişi nu sunt transformaţi de mânia lor în monştri distructivi.

Pacienţii cu TPOC sunt chinuiţi de „gânduri criminale”. În inconştientul pacientului există o diferenţă foarte mică între a nutri un sentiment de furie şi a pocni pe cineva în nas. O parte din modificarea Supraeului pacientului care are loc în terapia dinamică sau psihanaliză implică ajutorarea pacientului să realizeze că impulsurile, sentimentele sau gândurile ostile nu sunt acelaşi lucru cu faptele. Pacientul realizează în cele din urmă că gândurile şi sentimentele nu fac subiectul aceloraşi standarde morale ca şi acţiunile distructive. Acceptarea propriei vieţi interioare, de asemenea, reduce anxietatea.

Pentru pacientul obsesiv-compulsiv sentimentele sexuale sunt frecvent la fel de inacceptabile ca şi furia sau dependenţa. Din nou, transferul va fi cadrul repunerii în act a situaţiei din copilărie în care pacientul vede terapeutul ca pe un părinte care dezaprobă sexualitatea. Prin evitarea abordării unei păreri dezaprobatoare preconcepute, terapeutul îi permite pacientului să realizeze în cele din urmă că astfel de prohibiţii sunt interne şi nu externe. Ameninţarea (de castrare sau pierdere a dragostei) atribuită terapeutului poate fi astfel înţeleasă ca iluzorie, izvorând din interiorul pacientului.

O strategie folositoare în abordarea pacienţilor cu TPOC este înrolarea colaborării lor într-o explorare activă despre cum serveşte gândirea obsesională unui mecanism de apărare împotriva pierderii (Cooper, 2000). Oscilând între diferite alternative până la punctul de a se simţi paralizaţi din cauza indeciziei, aceşti pacienţi pot evita să renunţe la absolut orice. Ei păstrează vii toate posibilităţile prin faptul că se gândesc că există nenumărate alternative. Această fantasmă poate fi explorată activ cu pacienţii care pot fi ajutaţi să facă doliu legat de pierderea posibilităţii de a obţine absolut orice doresc. Multe persoane cu TPOC au teme depresive ascunse şi nu este nicio surpriză că aceşti

pacienţi au o prevalenţă relativ mare de tulburare depresivă majoră pe Axai (Skodol et al., 1999).

În fine, cheia unei psihoterapii sau psihanalize de succes cu pacienţii care au TPOC este empatia faţă de ruşinea şi vina asociată cu aspecte inacceptabile ale simţului de Sine privat şi ale simţului de Sine inconştient, care fac ca acestor pacienţi să le fie silă de ei înşişi. Intervenţiile care recunosc frica acestor pacienţi că alţii vor descoperi impulsurile lor sadice, dorinţele supuse şi senzaţia puternică de insecuritate pervazivă pot ajuta la crearea unui mediu conţinător în care aspectele mai întunecate ale psihicului pot fi explorate.

19.2 Tulburarea de personalitate evitantă

Controversata categorie a tulburării de personalitate evitantă a fost creată pentru a caracteriza un grup de persoane retrase social, diferite de pacienţii schizoizi. Spre deosebire de pacienţii schizoizi (abordaţi în Capitolul 14), pacienţii evitanţi tânjesc după relaţii interpersonale apropiate, dar în acelaşi timp se tem de ele. Aceşti indivizi evită relaţiile şi situaţiile sociale, deoarece ei se tem de umilinţa asociată eşecului şi de durerea asociată respingerii. Dorinţa lor pentru relaţii poate să nu fie atât de evidentă, datorită timidităţii lor şi autoprezentării modeste.

Controverse importante există în ceea ce priveşte distincţia dintre fobia socială generalizată şi tulburarea de personalitate evitantă. În timp ce avem numeroase studii în privinţa fobiei sociale, relativ puţine studii s-au concentrat pe tulburarea de personalitate evitantă, în special pe intervenţiile terapeutice. Recenziile din literatură care au comparat fobia socială generalizată cu tulburarea de personalitate evitantă (Alden et al., 2002; Rettew, 2000) au conchis că din punctul de vedere al

perspectivelor fenomenologice, demografice, etiologice, evolutive şi terapeutice există puţine dovezi pentru nişte diferenţe calitative substanţiale între cele două tulburări. Orice diferenţă care poate fi observată între cele două pare să fie legată mai mult de severitate decât de anumite discrepanţe simptomatice. Similitudinea dintre personalitatea evitantă şi fobia socială generalizată i-a făcut pe mulţi să pună sub semnul întrebării validitatea distincţiei între Axa I şi Axa II făcută de DSM-IV-TR.

Criteriile pentru tulburarea de personalitate evitantă (Tabel 19 – 2) pot fi frecvent identificate în populaţia clinică. Un studiu norvegian (Torgersen et al., 2001) a găsit-o ca fiind cea mai frecventă tulburare de personalitate, cu o prevalenţa de 5, în timp ce prevalenţa în Statele Unite ale Americii este de 2, 36 (Grant et al., 2004). Totuşi tulburarea este rar principalul sau singurul diagnostic în practica clinică (Gunderson, 1988). Cel mai frecvent ea este un diagnostic adiţional la o altă tulburare de personalitate sau la un diagnostic de pe Axa 1. Tema centrală a ruşinii la pacienţii evitanţi asigură o legătură psihodinamică cu anumite tipuri de pacienţi narcisici (în special tipul fenomenologic hipervigilent şi unele dintre cele descrise de Kohut). De fapt, unele date (Dickinson şi Pincus, 2003) arată că indivizii hipervigilenţi narcisici pot fi greşit

Tabel 19 – 2. Criteriile de diagnostic **DSM**-IV-**TR** pentru tulburarea de personalitate evitantă.

Un pattern pervaziv de inhibiţie socială, sentimente de neadecvare şi hipersensibilitate la evaluare negativă, începând precoce în perioada adultă şi prezent într-o varietate de contexte, după cum este indicat de patru (sau mai multe) dintre următoarele:

(1) evită activităţile profesionale care implică un contact interpersonal semnificativ, din cauza fricii de critică, dezaprobare sau rejecţie

(2)

(3) nu doreşte să se asocieze cu alţi oameni decât dacă este sigur că este apreciat

(4)

(5) manifestă reţinere în relaţiile intime din cauza fricii de a nu se face de râs ori de a nu fi ridiculizat

(6)

(7) este preocupat de faptul de a nu fi criticat sau rejectat în situaţii sociale

(8)

(9) este inhibat în situaţii interpersonale noi din cauza sentimentelor de neadecvare

(10)

(11) se vede pe sine ca inapt social, neatractiv personal ori inferior altora

(12)

(13) refuză să-şi asume riscuri personale sau să se angajeze în orice activităţi noi din cauza faptului că acestea l-ar putea pune în dificultate.

(14)

Sursa. **Retipărit după Asociaţia Psihiatrică Americană,** *Manual statistic şi diagnostic al tulburărilor mintale (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders,* **ediţia a patra, text revizuit, Arlington, VA, American Psychiatric Association, 2000). Copyright, 2000, American Psychiatric Association. Folosit cu permisiune.**

diagnosticaţi cu tulburare de personalitate evitantă, deoarece ei prezintă în mod deschis frică foarte mare în relaţiile cu alţii, lipsă de încredere în iniţierea şi

menţinerea relaţiilor sociale şi teama de a se simţi ruşinaţi şi dezamăgiţi când nevoile lor nu sunt împlinite în cadrul relaţiilor. Atât persoanele cu tulburare de personalitate evitantă, cât şi indivizii narcisici hipervigilenţi au nevoie să fie plăcuţi şi acceptaţi de ceilalţi, dar grandiozitatea tăcută şi sentimentul de a fi îndreptăţit tipice tulburării de personalitate narcisică nu sunt prezente la indivizii evitanţi. Mai mult decât atât, persoanele narcisice hipervigilente au nevoie de admiraţie indiferent dacă aceasta este câştigată.

19.2.1 înţelegere psihodinamică

Oamenii pot fi timizi şi evitanţi dintr-o varietate de motive. Ei pot avea o predispoziţie constituţională de a evita situaţiile stresante, bazată pe un temperament înnăscut care este elaborat în plan secundar în întreg stilul personalităţii lor (Gunderson, 1988). Dimensiunea temperamentului denumită „evitarea răului” în modelul psihobiologic elaborat de Cloninger et al. (1993), de exemplu, poate fi o trăsătură biologică comună unei mari părţi a pacienţilor cu tulburare de personalitate evitantă. Unele date din cercetare arată că trăsătura timidităţii este de origine genetic-constituţională, dar că necesită factori de mediu specifici pentru a se transforma într-o trăsătură complet definită (Kagan et al., 1998). Nachmias et al. (1996) au descoperit că starea de ataşament moderează expresia inhibiţiei temperamentale. Copiii cu vulnerabilităţi biologice de a fi inhibaţi şi timizi au manifestat o mai mare excitaţie autonomă faţă de străini dacă erau ataşaţi nesigur decât dacă aveau o stare de ataşament sigură. Factorii de mediu adverşi au apărut, de asemenea, într-un alt studiu pe studenţi cu simptome de tulburare de personalitate evitantă (Meier şi Carver, 2000). Studenţii cu aceste simptome au raportat semnificativ mai

multe amintiri negative din copilărie, cum ar fi izolarea, respingerea şi trăirea unor evenimente sociale nefavorabile în copilărie. Timiditatea şi evitarea îi apără împotriva ruşinii, umilinţei, respingerii şi eşecului. Ca şi în orice altă formă de anxietate înţelesul psihodinamic al anxietăţii trebuie explorat pentru a înţelege perfect originile în cazul fiecărui pacient. Totuşi tratamentul psihoterapeutic şi psihodinamic al indivizilor cu aceste manifestări descoperă adesea ruşinea ca o experienţă afectivă centrală.

Ruşinea şi expunerea de sine sunt strâns legate. Ceea ce îi sperie pe pacienţii evitanţi este de fapt orice situaţie în care ei trebuie să dezvăluie aspecte legate de ei înşişi şi care îi fac vulnerabili. În timp ce vina implică preocupări legate de aspecte punitive pentru încălcarea unei reguli interioare, ruşinea este legată mai mult de o evaluare a Sinelui ca fiind oarecum inadecvat, neridicându-se la standardele interne. În acest sens, vina este mai strâns legată de Supraeul din modelul structural, în timp ce ruşinea este mai strâns legată de Eul ideal (a se vedea Capitolul 12). Indivizii cu tulburare de personalitate evitantă pot avea sentimentul că situaţiile sociale trebuie evitate, deoarece neadecvarea lor va fi expusă public. Se pot simţi ruşinaţi în legătură cu multe aspecte referitoare la ei înşişi; de exemplu se pot simţi slabi, incapabili să concureze, deficienţi psihic sau fizic, dezordonaţi şi dezgustători, incapabili să-şi controleze funcţiile corpului sau exhibiţionişti (Wurmser, 1981).

Shame (ruşinea) este derivată din punct de vedere etimologic din verbul to hide (a ascunde) (Nathanson, 1987) şi pacientul evitant se retrage în mod frecvent din relaţiile interpersonale şi situaţiile de expunere din dorinţa de „a se ascunde" de sentimentele de ruşine extrem de neplăcute. Ruşinea nu poate fi reducţionist legată de niciunul dintre momentele de dezvoltare din perioada

copilăriei, dar pare în schimb să evolueze din numeroase experienţe de dezvoltare la diferite

— Ars te (Nathanson, 1987). Aparent prezentă de foarte devreme în viaţă, ruşinea devine evidentă la apariţia anxietăţii faţă de străini în jurul vârstei de 8 luni (Broucek, 1982). Este, de asemenea, conectată cu sentimente care îşi au originea în accidente ale vezicii urinare şi intestinelor în internalizarea dojenirilor parentale asociate cu aceste accidente. *C* ipilul de doi ani care este extrem de bucuros când se zbenguie în r lelea goală poate, de asemenea, simţi ruşine când un părinte sever: opreşte această activitate, insistând ca micuţul să se îmbrace (Gabbard, 83). Toate aceste experienţe ale dezvoltării pot fi reactivate la radentul evitant după expunerea în faţa unui grup de persoane sau în **j**: a unui individ care este foarte important pentru acesta.

Teoria ataşamentului ne oferă multe pentru înţelegerea pacienţilor iranţi. Adulţii cu un stil de ataşament evitant s-au simţit în general pinşi de către părinţi sau de către cei în a căror grijă erau în copilărie – re aceea le e teamă să dezvolte relaţii de dragoste ca adulţi (Connors, W Ei simt adesea că nevoile lor de dezvoltare au fost excesive sau – Intrivite şi au experimentat un eşec al reacţiilor adecvate ale

— Artelor Sinelui (Miliora, 1998).

2 J2 **Abordări psihoterapeutice**

Deşi cercetările empirice în terapia dinamică a tulburării de perso –, tate evitantă sunt limitate, două studii diferite, ambele fiind **t** tionate mai devreme în acest capitol în discuţiile despre TPOC.

Trează că această abordare este folositoare. Într-un studiu controlat – raat de Winston et al. (1994), pacienţii cu tulburări de personalitate Grupă C care au fost trataţi

cu terapie dinamică au avut rezultate mai bune decât subiecţii de pe lista de aşteptare a grupului de control, într-un studiu de Svartberg et al. (2004), pacienţii de Grupă C au avut rezultate foarte bune cu terapia dinamică şi au continuat să se schimbe şi după terminarea terapiei.

Pacienţii cu tulburare de personalitate evitantă pot fi mai receptivi la psihoterapia expresiv-suportivă dacă este combinată cu încurajări ferme de a se expune situaţiilor care creează frică (Gabbard şi Bartlett, 1998; Sutherland şi Frances, 1995). Această încurajare de a înfrunta situaţiile temute trebuie, de asemenea, să fie însoţită de o apreciere empatică a stării de stânjeneală şi umilinţă asociate expunerii. Se poate spune că terapia este expresiv-suportivă în sensul că elementele expresive implică explorarea cauzelor ascunse ale ruşinii şi ale legăturii cu experienţele de dezvoltare din trecut, în timp ce elementele suportive implica încurajările empatice pentru confruntarea situaţiilor temute mai degrabă decât retragerea din faţa lor de frică. Această abordare poate fi combinată cu un inhibitor selectiv de recaptare a serotoninei, ca paroxetina, pentru abordarea aspectului biologic.

Şi mai multe dintre anxietăţi şi fantasme vor fi activate la momentul expunerii reale decât în postura defensivă de retragere. Acest lucru le poate fi explicat pacienţilor prin intervenţii educaţionale pentru a-i ajuta să recunoască valoarea căutării active a situaţiilor care produc frică. Terapeuţii trebuie să se aştepte ca pacienţii să fie de acord cu necesitatea expunerii la aceste situaţii producătoare de frică şi apoi să renunţe la îndeplinirea sarcinii acordate. Pacienţii evitanţi se tem apoi să aducă vorba despre acest lucru în şedinţa de terapie, de frică să nu primească dezaprobare şi critică din partea terapeutului (Newman şi Fingerhut, 2005).

Eforturile de explorare iniţiale pot fi frustrante

pentru că pacienţii evitanţi nu vor fi în întregime siguri de ce anume se tem. Pacienţii evitanţi recurg adesea la clişee psihiatrice, ca „rejecţie”. Terapeuţii trebuie să caute mai multe detalii ale situaţiei actuale pentru a ajuta pacientul să meargă dincolo de aceste explicaţii vagi ale evitării. Terapeutul poate întreba: „Care a fost presupunerea dumneavoastră despre ceea ce cred colegii de serviciu despre dumneavoastră, ieri când aţi stat cu ei la masa de prânz?”. În mod similar, aceste fantasme specifice pot fi explorate în contextul transferului. Pacienţii evitanţi prezintă de obicei o foarte mare anxietate în legătură cu expunerea inevitabilă de pe parcursul psihoterapiei. Când pacientul roşeşte în legătură cu ceva care s-a spus, terapeutul poate întreba: „Puteţi să îmi spuneţi ce v-a făcut să roşiţi? Credeţi că mă gândesc la ceva anume legat de ceea ce aţi spus mai devreme?”. Urmărind detaliile anumitor situaţii, pacientul va conştientiza mai bine corelaţiile cognitive ale sentimentului de ruşine.

Dna OO, 24 de ani, asistentă medicală în pregătire, a venit la psihoterapie pentru

că se simţea nesatisfăcută de viaţa ei, avea probleme în stabilirea relaţiilor heterosexuale şi prezenta anxietate în situaţiile sociale. Ea a descris probleme cronice cu sentimentul de timiditate şi ruşine când era în jurul bărbaţilor. Pentru că era foarte atrăgătoare, i se cereau des întâlniri, dar de fiecare dată anxietatea ei escalada atât de mult, încât trebuia să bea alcool pentru a se putea relaxa. I-a spus terapeutului că îi era frică să nu dezvolte o dependenţă de alcool, din cauză că nu reuşea să se relaxeze în compania bărbaţilor decât dacă era sub influenţa alcoolului. Dna 00 a remarcat că aceeaşi senzaţie de anxietate apărea când se afla printre alte

persoane, cum ar fi colegii ei de şcoală.

A încercat psihoterapia de grup timp de câteva luni, dar s-a trezit cu „limba legată” şi conştientă de sine în cadrul grupului. De frică să nu spună ceea ce nu trebuie, vorbea rar. Când a început să lipsească de la şedinţele de psihoterapie, şi-a interpretat absenţa spunând că oricum nu contează, că ea nu prea participă. Dna OO s-a decis să caute psihoterapie individuală, crezând că va fi mai deschisă în faţa unei persoane decât în faţa a opt persoane.

În a treia şedinţă de psihoterapie a început să aibă momente de tăcere frecvente. Terapeutul a fost răbdător pe durata acestor perioade, dar, după câteva şedinţe, a observat că momentele de tăcere păreau să survină când se afla în pragul unor sentimente puternice. Ea a conştientizat faptul că îi era teribil de frică să nu piardă controlul când devenea emotivă. Terapeutul a întrebat-o pe d-na OO dacă era îngrijorată de reacţia lui legată de exprimarea sentimentelor ei. Dna OO a răspuns că era sigură că el o va critica şi o va dojeni pentru purtarea ei „de copil mic”.

Atunci, terapeutul a întrebat-o pe d-na OO dacă această teamă era bazată pe experienţe din trecut. Ea a început o descriere amplă despre cum o tratase tatăl ei când era copil. A spus că el era „un bărbat care nu suporta să fie criticat, dar critica pe toată lumea”. De fiecare dată când aducea acasă carnetul de note, acesta ţipa la ea, întrebând: „De ce nu ai luat calificativul A?”. De asemenea, îşi aminteşte că a vărsat laptele la cină şi a fost certată aspru de tatăl ei, care a urlat la ea: „De ce nu poţi să fii şi tu ca sora

ta?”. Foarte stânjenită, spunea că tatăl ei nu a făcut-o niciodată să se simtă confortabil că era femeie. A tachinat-o din prima zi de ciclu că acum ar avea o scuză o dată pe lună să fie „rea”. Ea şi-a adus aminte că a fost extraordinar de îngrozită şi a plâns în camera ei ore în şir. Când s-a întors într-o zi acasă foarte bucuroasă pentru că tocmai fusese aleasă majoretă, tatăl său a numit-o „încrezută şi răsfăţată”. Avea o puternică convingere că nu va putea niciodată să se ridice la nivelul aşteptărilor tatălui ei.

La un moment dat în timpul terapiei, d-na OO a vorbit despre dificultatea de a participa la petreceri sau alte activităţi sociale. Din nou terapeutul a întrebat-o despre situaţiile trecute care pot fi legate de această frică. Dna OO a spus că, atunci când era mică, mama ei obişnuia să o îmbrace frumos şi să o ia cu ea la o prietenă şi toată lumea comenta întotdeauna cât de „drăguţă” era. Îşi amintea de senzaţia ei de stânjeneală la aceste complimente, ca şi când s-ar fi „dat mare”. Pe măsură ce terapeutul o ajuta să exploreze în continuare acest sentiment, ea a realizat că întrucâtva îi plăcea această situaţie, pentru că avea parte de reacţii pozitive în contrast cu criticile constante ale tatălui ei... Terapeutul a încurajat-o să participe la unele

activităţi sociale la care a fost invitată pentru a observa ce alte asocieri îi vin în minte în timpul unui atac de anxietate.

Când d-na OO a început să se socializeze fără să „se ameţească” în prealabil, a realizat că îi era frică de fapt să se simtă bine. Dacă i-ar fi plăcut complimentele unui bărbat care s-ar fi învârtit în

jurul ei la un eveniment social, atunci era convinsă că era „încrezută şi răsfăţată”, aşa cum spunea tatăl ei. Această convingere o făcea să se simtă că era o „fată rea”.

Cazul d-nei OO ilustrează că succesul în situaţiile interpersonale poate fi la fel de temut ca o înfrângere. Emoţia unei afişări exhibiţioniste poate declanşa automat dojenirile părinteşti timpurii în legătură cu „a se da mare”. Mulţi indivizi cu tulburare de personalitate evitantă se tem că vor deveni prea ameţiţi de ei înşişi când vor fi în centrul reflectoarelor. Această dinamică este dominantă şi în experienţa fricii „de a fi pe scenă” (Gabbard, 1979, 1983). Coexistând cu frica d-nei OO de a se bucura de a fi în centrul atenţiei, este o altă teamă că ar putea dezamăgi aşteptările înalte pe care le avea legate de ea însăşi. Aceste aşteptări au fost interiorizate din cauza tatălui care avea aşteptări exagerat de ridicate pentru ea. Pe parcursul terapiei, ea fost în sfârşit capabilă să înţeleagă furia intensă pe care o simţea împotriva tatălui ei pentru faptul că o făcea de ruşine în mod repetat şi o făcea să se simtă în conflict cu sexualitatea şi feminitatea sa. Miller (1985) a observat o conexiune importantă între inhibiţia furiei şi sentimentele de ruşine. Dna OO nu şi-a putut niciodată exprima liber furia faţă de tatăl ei şi s-a simţit ruşinată chiar de faptul că nutrea astfel de sentimente.

19.3 Tulburarea de personalitate dependentă

Dependenţa, ca şi rejecţia, a devenit un clişeu psihiatric. Fiecare este dependent într-un anumit grad şi majoritatea pacienţilor din cadrul clinic au anumite conflicte privind sentimentele lor de dependenţă. Mai cu seamă în cultura americană, unde un puternic mit se centrează în jurul individualismului dur şi al

independenţei, cuvântul „dependenţă” este adesea folosit în mod peiorativ. Totuşi psihologii Eului ar dezbate faptul că independenţa adevărată nu este nici posibilă, nici de dorit (a se vedea Capitolul 2). Mulţi dintre noi avem diferite relaţii de obiect cum ar fi: confirmare, empatie, validare şi admiraţie, pentru a ne susţine şi pentru a regla autostima noastră.

Categoria tulburării de personalitate dependentă (TPD) din DSM-IVTR descrie dependenţa extremă care intră sub incidenţa patologiei (Tabelul 19 – 3). Aceşti indivizi simt incapabili să ia decizii singuri, sunt

„19 – 3. Criteriile de diagnostic DSM-IV-TR pentru tulburarea de personalitate dependentă.

Itate excesivă şi pervazivă de a fi tutelat, care duce la un comportament

— Î la frica de separare şi care începe de timpuriu în perioada adultă şi este

Într-o varietate de contexte, după cum este indicat de cinci (sau mai multe) următoarele;

r dificultăţi în a lua decizii comune fără o cantitate excesivă de sfaturi şi

figurări din partea altora – sâtă ca alţii să-şi asume responsabilitatea pentru cele mai importante domenii

de vieţii lui

dificultăţi în a-şi exprima dezacordul faţă de alţii din cauza fricii de a nu: – le suportul sau aprobarea. *Notă:* **Nu implică frica realistă de**

retribuţie – i dificultăţi în a iniţia proiecte ori a face ceva singur (din cauza lipsei de

— Idere în judecata sau capacităţile sale, mai curând decât din cauza lipsei de

— Svaţie sau de energie)

— Re foarte departe spre a obţine solicitudine şi suport de la alţii, până la:. – tul de a se oferi voluntar să facă lucruri care sunt neplăcute

— Nte neconfortabil sau neajutorat când rămâne singur din cauza fricii: – rerate de a nu fi în stare să aibă grijă de sine

— 1 urgent altă relaţie drept sursă de solicitudine şi suport când o relaţie

— A se termină

— Exagerat de preocupat de frica de a nu trebui să aibă grijă de sine. Atipărit după Asociaţia Psihiatrică Americană, *Manual statistic şi diagnostic al or mintale (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders,* **ediţia a. Text revizuit, Arlington, VA, American Psychiatric Association, 2000). CopyiW. American Psychiatric Association. Folosit cu permisiune.**

e – nmt de supuşi, au mereu nevoie de reasigurare şi nu pot func

— Me fără ca altcineva să aibă grijă de ei.

7 JD. Ca şi tulburarea de personalitate evitantă, este rar folosită ca

— Stic principal sau unic. Numeroase studii (Bomstein, 1995;

— Cer. 1996; Skodol et al., 1996) au demonstrat rate de comorbiditate r pentru pacienţii cu TPD. Incluse în cadrul afecţiunilor Axei I: Întâlnite în asociere cu TPD sunt: depresia majoră, tulburarea iră, unele tulburări de anxietate şi tulburările de comportament – r: ar. Skodol et al. (1996) au sugerat că nu există nicio relaţie că între TPD şi depresie. TPD prezintă doar un set de comporcrile şi trăsături maladaptative care intersectează un spectru larg al ratologiei personalităţii şi sunt corelate cu o varietate de tipuri de – rdort psihologic. Într-adevăr, cele mai multe studii demonstrează

— Pacient diagnosticat cu TPD va întruni, de asemenea, criteriile alte câteva tulburări de pe Axa II. Deşi mai mult de 50 dintre. Tii diagnosticaţi cu TPD sunt diagnosticaţi şi cu tulburare de – calitate de tip borderline, cele două diagnostice pot fi diferenţiate pe baza aspectelor-cheie ale modelelor de relaţii. Pacienţii borderline reacţionează la abandon cu furie şi manipulare, în timp ce pacienţii dependenţi devin supuşi şi se agaţă de ceilalţi (Hirschfeld et al., 1991). Mai mult, calitatea intensă şi instabilă a relaţiilor pacienţilor borderline nu se regăseşte la relaţiile persoanelor cu TPD.

Un studiu recent norvegian a găsit prevalenţa tulburării de personalitate dependentă de 1, 5, cu o rată la femei de două ori mai mare decât la bărbaţi (Torgerson et al., 2001), Totuşi acest lucru poate fi legat de tradiţia adânc înrădăcinată din popor că dependenţa este mult mai acceptabila la femei decât la bărbaţi, ceea ce le permite femeilor să îşi exprime dependenţa mai excesiv.

19.3.1 înţelegere psihodinamică

Deşi autorii psihanalitici timpurii credeau că

problemele de dependenţă erau legate de perturbări în timpul fazei orale a dezvoltării psihosexuale, această opinie nu mai este atât de răspândită astăzi (Gunderson, 1988). Această formulare are aceeaşi problemă ca şi alte explicaţii specifice fazelor legate de psihopatologie. Un model pervaziv de întărire parentală pentru dependenţă de-a lungul tuturor fazelor de dezvoltare este mult mai probabil să fie operaţional în trecutul pacienţilor cu TPD. Un studiu empiric (Head et al., 1991) a descoperit că familiile persoanelor cu TPD erau caracterizate prin expresivitate scăzută şi un grad înalt de control, spre deosebire de familiile grupului de control clinic şi un grup de control sănătos. Un alt studiu despre mediul familial timpuriu (Baker et al., 1996) a descoperit că familiile pacienţilor cu TPD aveau un grad scăzut de independenţă şi un înalt grad de control.

Ataşamentul nesigur este o însuşire a TPD şi studiile pacienţilor cu TPD (West et al., 1994) au arătat un model de ataşament dezorganizat. Mulţi dintre pacienţi au fost crescuţi de părinţi care le comunicau într-un fel sau altul că independenţa este asociată cu pericolul. Ei ar fi putut fi recompensaţi subtil pentru menţinerea loialităţii faţă de părinţi, care păreau să îi respingă la orice mişcare către independenţă. Dependenţa interpersonală pare, de asemenea, să aibă o influenţă genetică modestă în plus faţă de factorii de mediu care contribuie la tabloul clinic (O'Neill şi Kendler, 1998); astfel, un temperament biologic poate fi, de asemenea, un factor etiologic în tabloul general.

Bomstein (1993) a subliniat faptul că dependenţa şi pasivitatea nu pot fi automat egalate una cu alta. Motivaţia centrală a pacienţilor cu TPD o constituie obţinerea şi menţinerea unor relaţii suportive şi de dezvoltare. Pentru a realiza acest scop, ei se pot angaja în comportamente active şi insistente care sunt destul de adaptative. De

exemplu, pacienţii cu TPD pot cere în mod frecvent interpretări ale testelor psihologice, solicita ajutor când rezolvă probleme dificile într-un cadru de laborator şi asistenţă medicală când apar anumite simptome fizice.

Poziţia supusă în faţa celorlalţi poate avea mai multe înţelesuri. Aşa cum pacienţii evitanţi se feresc de expunere ca urmare a unor factori inconştienţi multiplu determinaţi, pacientul dependent caută îngrijire şi ajutor din cauza anxietăţilor ce zac ascunse sub suprafaţă. Clinicianul ar trebui să întrebe fiecare individ: „Ce este aşa înfricoşător legat de independenţă sau separare?”. Dependenţa extremă maschează adesea agresiunea. Poate fi văzută ca un compromis în sensul că aceasta apără împotriva ostilităţii, de asemenea exprimată concomitent. Aşa cum mulţi profesionişti în sănătate mintală ştiu din propria experienţă, persoana care este obiectul agăţării dependente a pacientului poate simţi cererile pacientului ca fiind ostile şi apăsătoare.

Comportamentul dependent poate fi, de asemenea, o formă de evitare a reactivării experienţelor traumatice anterioare. Terapeutul ar rrebui să exploreze împreună cu pacientul orice amintire legată de parările din trecut şi impactul lor.

DI PP era un angajat ai Poştei în vârstă de 29 de ani, căsătorit. Avea o tulburare distimică persistentă şi se plângea în mod cronic de insomnie, lipsă de energie, dificultate în luarea deciziilor şi anxietate. Totuşi a reuşit să meargă conştiincios la serviciu, chiar dacă pentru el era foarte greu să ia iniţiative când trebuia să o facă. Înainte de spitalizarea psihiatrică pentru dorinţe şi gânduri suicidare, dl PP a izbucnit în lacrimi în faţa şefului său când i s-a spus că nu îşi face treaba cum trebuie.

În timpul discuţiei de la internare, dl PP şi-a exprimat îngrijorarea cu privire la separarea de soţia sa pe parcursul internării, deşi era conştient că ideile suicidare arau suficient de periculoase pentru a necesita tratament în spital. Dna PP a explicat*: a soţului său* **nu i-a plăcut niciodată să fie departe de ea. Ei se baza pe ea în luarea tuturor deciziilor în casă şi nu putea să funcţioneze prea bine fără ea. Aproape imediat după internare, dl PP s-a agăţat de o pacientă de aproximativ aceeaşi vârstă – i înfăţişare ca şi soţia sa, pentru a primi aceeaşi îndrumare pe care o primea de la soţie. El îşi lua toate mesele cu ea şi petrecea timpul liber cu ea, atunci când nu era implicat în activităţi terapeutice. Nu i-a făcut niciun fel de aluzii sexuale acestei paciente, doar a spus că se simte în siguranţă în compania ei.**

Istoricul domnului PP a dezvăluit un model de-a lungul vieţii de dependenţă anxioasă. A avut întotdeauna un nivel considerabil de anxietate în faţa ideii de a face ceva singur sau de a iniţia orice plan de acţiune fără a se consulta cu ceilalţi. A avut fobie de scoală în ciclul primar, iar mama sa a relatat că plângea până când îl lua acasă, în mod similar, la vârsta de zece ani a fost trimis într-o vizită la unchiul său – amânând acolo peste noapte, şi a plâns atât de tare, încât mama a fost nevoită să se întoarcă şi să îl ia acasă. La absolvirea liceului, toţi prietenii săi s-au înrolat în ornată, aşa că el i-a urmat. După încheierea stagiului militar, ei au mers să lucreze Oficiul Poştal, aşa că a făcut şi el la fel. Orice acţiune independentă din partea sa părea să reactiveze anxietatea dureroasă asociată cu separări timpurii. Se comporta ca şi cum era convins că urma să fie abandonat pentru orice comportament autonom.

Originile dependenţei şi anxietăţile de separare ale domnului PP au devenit clare când mama sa a început să-l sune la spital. S-a plâns de decizia lui de a se interna în spital: „Cum poţi să justifici că ai să stai aşa departe de noi? Starea ta nu poate fi atât de rea. Dacă avem nevoie de tine pentru ceva şi tu nu eşti aici?”. Pacientul a explicat că, şi ca adult, a răspuns la apelurile telefonice ale mamei sale de a veni la ea acasă în fiecare săptămână pentru a face diverse treburi casnice. A adăugat că părinţii săi erau practic necomunicativi unul cu celălalt şi că mama lui se baza pe el pentru conversaţie. DI PP crescuse într-o casă în care mama sa exprimase de o manieră categorică un mesaj – şi anume că avea nevoie de el ca înlocuitor al soţului său înstrăinat emoţional. Independenţa era privită ca un act agresiv şi neloial, care va duce la pierderea dragostei mamei.

19.3.2 Consideraţii psihoterapeutice

Aşa cum s-a menţionat mai devreme în cadrul capitolului, două studii randomizate controlate (Svartberg et al., 2004; Winston et al., 1994) arată că 40 de şedinţe săptămânale de psihoterapie dinamică sunt foarte eficiente în tratamentul pacienţilor cu tulburare de personalitate de tip Grupa C. Pacienţii cu TPD tind să aibă o rată mai scăzută de reducere a simptomatologiei decât alte tulburări de personalitate (Karterud et al., 2003; Shea et al., 1990). Psihoterapia acestor pacienţi prezintă o dilemă terapeutică imediată – pentru ei depăşirea problemelor de dependenţă presupune întâi dezvoltarea unei dependenţe faţă de terapeut. Această dilemă adesea devine elaborată într-o formă specifică de rezistenţă în care pacientul vede dependenţa de terapeut mai degrabă ca pe un scop în sine

decât ca un mijloc spre a atinge un scop. După o perioadă de terapie, aceşti pacienţi pot să uite natura problemei care i-a adus la tratament şi singurul lor scop devine întreţinerea ataşamentului faţă de terapeut. Îngroziţi de terminarea relaţiei terapeutice, ei îi pot reaminti terapeutului, în mod repetat, cât de îngrozitor se simt, pentru a asigura continuarea tratamentului. Dacă terapeutul comentează asupra oricărei îmbunătăţiri, starea pacientului se poate deteriora sau înrăutăţi paradoxal, deoarece gândul progresului este echivalent cu terminarea terapiei.

O regulă de baza în tratamentul pacienţilor dependenţi este reamintirea faptului că ceea ce ei spun că vor nu este probabil ceea ce ei au nevoie. Ei vor încerca să-l facă pe terapeut să le spună ce să facă, permiţându-le să continue această dependenţă, să colaboreze cu ei în evitarea luării deciziilor şi declararea propriilor dorinţe. Terapeutul nu ar trebui să aibă probleme în frustrarea acestor dorinţe ale pacientului şi, în schimb, ar trebui să încurajeze la pacient gândirea independentă şi acţiunea. Terapeutul trebuie să afirme că anxietatea produsă de această frustrare este tolerabilă şi, de asemenea, productivă prin faptul că poate conduce la asociaţii legate de originea dependenţei şi de frica asociată cu aceasta.

Altă problemă de transfer frecventă este idealizarea terapeutului (Perry, 2001). Pacientul începe să privească terapeutul ca pe un atotştiutor şi afişează o dorinţă de a-i lăsa toată responsabilitatea deciziilor importante acestuia. Adesea pacienţii îşi închipuie că soluţia tuturor problemelor lor este să devină exact ca terapeutul. Această dorinţă de a ocoli munca dificilă de a găsi un simţ autentic al Sinelui diferit de cel al terapeutului trebuie să fie interpretată şi confruntată pe parcursul terapiei. Pacientul poate încerca chiar să submineze scopurile terapeutice pentru a demonstra că nu poate gândi sau funcţiona

independent de terapeut.

Psihoterapia dinamică de scurtă durată a avut succes cu un număr de astfel de pacienţi (Gunderson, 1998). Încă de la începutul psihoterapiei, cunoaşterea faptului că relaţia pacient-terapeut se va termina după 12, 16 sau 20 de şedinţe îi forţează pe aceşti pacienţi să se confrunte cu anxietăţile lor cele mai ascunse legate de pierdere şi independenţă. Mai mult, această abordare ajută pacienţii să abordeze fantasmele puternice care implică disponibilitatea continuă a figurilor care îi îndrumă şi îngrijesc. Când terapia pe termen lung, fără un termen final, atinge un punct mort, o modificare a tehnicii limitei de timp poate fi folosită prin stabilirea unui termen limită pentru încheierea terapiei. Posibilele anxietăţi latente vor fi aduse rapid la suprafaţă la întrevederea termenului limită.

Un subgrup de pacienţi dependenţi efectiv nu simt capabili sau dornici să folosească cadrul psihoterapiei de scurtă durată. Perspectiva pierderii terapeutului după ce „tocmai începuseră” creează prea multă anxietate. Din cauza unor capacităţi reduse ale tăriei Eului sau unor grade ridicate ale anxietăţii de separare, aceşti pacienţi au nevoie să dezvolte un proces de transfer dependent, pozitiv pe o durată lungă de timp. Totuşi sunt posibile reuşite terapeutice considerabile cu această strategie suportivă, aşa cum este documentată de studiul lui Wallerstein (1986) (discutat în Capitolul 4). Unii pacienţi se schimbă ca parte a unui „comerţ transferenţial” (Wallerstein, 1986, p. 690) cu terapeutul. Ei simt dornici să facă anumite modificări în viaţa lor, în schimbul recunoaşterii terapeutului. Alţii pot deveni „condamnaţi pe viaţă”, care pot menţine schimbarea atât timp cât ştiu că terapeutul va fi întotdeauna acolo pentru ei. Aceşti pacienţi pot avea rezultate bune chiar şi când terapeutul reduce numărul de şedinţe la una la câteva luni, cu

condiţia să nu existe pericolul terminării relaţiei.

În cazul pacienţilor cu TPD, aspectele culturale trebuie să fie luate în calculul înţelegerii diagnosticului şi în planificarea tratamentului, în unele culturi, dependenţa nu este doar aşteptată, dar este şi preţuită ca o formă de loialitate faţă de membrii de vârstă înaintată ai familiei. Când membrii familiei însoţesc pacientul la o consultaţie, există oportunitatea unei înţelegeri mai profunde a familiei şi a concepţiilor culturale ale dependenţei şi ele pot fi încorporate în cadrul tratamentului. Când creşterea gradului de autonomie a pacientului este perceput ca o ameninţare faţă de familie, terapeutul poate dori să ia în considerare terapia de familie ca un tratament adjuvant (Perry 2005).

Pacienţii cu TPD evocă frecvent problemele de contratransfer legate de conflictele de dependenţă cu cei care îi tratează. Doctorii în general şi psihiatrii în particular se pot simţi în conflict cu propria lor dependenţă (Gabbard, 1985; Gabbard şi Menninger, 1988; Vaillant et al., 1972). Psihoterapeuţii trebuie să fie preocupaţi faţa de dispreţul contratransferenţial sau vizavi de pacientul dependent. Dorinţele pacientului pot fi în concordanţă cu dorinţele inconştiente ale terapeutului şi un acord empatie cu aceste dorinţe de dependenţă poate fi resimţit deranjant, într-un mod acut. Terapeuţii care neagă dorinţele pacienţilor lor îşi pot nega, de asemenea, propriile lor dorinţe. Printre alte dificultăţi ale contratransferului se numără satisfacţia privind idealizarea pacientului, conducându-l pe terapeut să evite confruntarea cu lipsa schimbării reale a pacientului (Perry, 2001). Terapeuţii pot, de asemenea, deveni excesiv de autoritari şi poruncitori, în special dacă pacienţii continuă relaţiile abuzive şi nu sunt atenţi la avertismentele terapeutului că acea relaţie este distructivă.

19.4 Tulburarea de personalitate fără altă specificaţie (FAS)

După ce am încheiat studiul nostru privind tulburările de personalitate descrise în DSM-IV-TR, merită să menţionăm că, în general, pacienţii nu se prezintă ca nişte „culturi pure" ale unei anumite tulburări de personalitate. DSM-IV-TR descrie o categorie separată a tulburărilor de personalitate fără altă specificaţie pentru a recunoaşte acest fapt. Această categorie poate fi folosită pentru tulburări de personalitate care sunt „mixte" şi pentru cele incluse în Anexa B a DSM-IV-TR, cum ar fi tulburarea de personalitate pasiv-agresivă.

Unicitatea fiecărui individ este o sursă a unei încântări şi provocări continue pentru un psihiatru dinamic. În Capitolul 1, am remarcat că psihiatrul dinamic este mai interesat de felul în care pacienţii diferă unul faţă de celălalt, decât de felul în care ei se aseamănă. Nicăieri în psihiatrie această axiomă nu este mai relevantă ca în tratamentul tulburărilor de personalitate. **Bibliografie generală**

Capitolul 1

Anderson ME, Ochsner KN, Kuhl B et al., Neural systems underlying the suppression of unwanted memories. Science 303: 232 – 235, 2004 Andreasen NE. Linking mind and brain in the study of mental illness: a project for a scientific psychopathology. Science 275: 1586 – 1593, 1997 Appelbaum PS, Gutheil TG, Drug refusal: a study of psychiatric impatients.

Am J Psychiatry 137: 340 – 346, 1980 Appelbaum SA. Efecting Change în Psychotherapy. New York, Jason Aronson.

1981

Bechara A, Tranel D, Damasio H et al., Double association of conditioning and declarative knowledge relative to the amygdala and hippocampus în humans. Science 269: 1115 – 1118, 1995 Bennett AI, Lesch KP, Hells A et al., „Early experience and serotonin transporter gene variation interact to influence primate CNS function", *Mol Psychiatry* 7: 118 – 122, 2002 Book HE. „Some psychodynamics of non-compliance", *Can J Psychiatry* 32: 115 – 117, 1987

Bremner JD, Randall P, Vermetten E et al., „Magnetic resonance imaging-based measurement of hippocampal volume în posttraumatic stress disorder related to childhood physical and sexual abuse: a preliminary report", *Biol Psychiatry* 41: 23 – 32, 1997 Brenner C. *The Mind în Conflict,* New York, International Universities Press.

1982

Cloninger CR. *The Silence of Well-Being: Biopsychosocial Foundations,* Oxford.

England, Oxford University Press, 2004 Damasio A. „Looking for Spinosa: Joy, Sorrow and the Feeling Brain", New York, Harcourt, New York, 2003

Docherty JP, Fiester SJ. „The terapeutic alliance and compliance with psychopharmacology", în *Psychiatry Update: American Psychiatric Association Annual Review,* vol. 4. Editat de Hales RE, Frances AI. Washington, DE, American Psychiatric Press, 1985, pp. 607 – 632 Docherty JP, Marder SR, Van Kammen DP et al., „Psychotherapy and pharmacotherapy: conceptual issues", *Am Psychiatry* 134: 529 – 533, 1977 Dumit J. *Picturing Personhood: Brain Scans and Biomedical Identity,* Princeton, NJ.

Princeton University Press, 2004 Edelson M. *Psychoanalysis: A Theory în Crisis,* Chicago, IL, University of Chicago Press, 1988

Eisenberger NI, Lieberman MD, Williams KD. „Does

rejection hurt? An FMRI
study of social exclusion", *Science* 302: 290 – 292, 2003 Ellenberger HF. *The Discovery of the Unconscious: The History and Evolution of*
Dynamic Psychiatry, New York, Basic Books, 1970 Fonagy P, Gergely G, Jurist EL et al., *Affect Regulation, Mentalization, and*
Development of the Self, New York, Other Press, 2002 Francis D, Diorio J, Liu D et al., „Non-genomic transmission across generations of maternal behavior and stress responses in the rat", *Science* 286: 1155 – 1158, 1999 Freud S. *The Interpretation of Dreams* (1900), în *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud,* vol. 4, 5. Tradus şi editat de Strachey I, Londra, Hogarth Press, 1953, pp. 1 – 627 Freud S. *The Psychopathology of Everyday Life* (1901), în *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud*, vol. 6. Tradus şi editat de Strachey J, Londra, Hogarth Press, 1960, pp. 1 – 279 Freud S. The dynamics of transference (1912), în *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud*, vol. 12. Tradus şi editat de Strachey J, Londra, Hogarth Press, 1958, pp. 97 – 108 Freud S. The Unconscious (1915), în *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud*, vol. 14. Tradus şi editat de Strachey J, Londra, Hogarth Press, 1963, pp. 159 – 215 Friedman L. „A reading of Freud's papers on technique", *Psychoanal Q* 60: 564 – 595
Gabbard GO. „Psychodynamic psychiatry in the «decade of the brain»", *Am J*
Psychiatry 149: 991 – 998, 1992 Gabbard GO. „Countertransference: the emerging common ground", *Int J*
Psychoanal 76: 475 – 485, 1995 Gabbard GO. „A neurobiologically informând perspective on

psychotherapy”.

Br J Psychiatry 177: 117 – 122, 2000 Gabbard GO. „Mind, brain, and personality disorders”. *Am J Psychiatry* (sub tipar) Gabbard GO. „The fate of integrated treatment: whatever happened to the biopsychosocial psychiatrist?”, *Am J Psychiatry* 158: 1956 – 1963, 2001 Goldapple K, Segal E, Garson C et al., „Modulation of cortical-limbic pathways în major depression: treatment-specific efects of cognitive behavior therapy”, *Arch Gen Psychiatry* 61: 34 – 41, 2004 Greenson RR. *The Technique and Practice of Psychoanalysis,* New York.

International Universities Press, 1967 **Gutheil** TG. „Psychodynamics în drug prescribing”, *Drug Ther* 2: 35 – 40, 1977 Gutheil TG. „The psychology of psychopharmacology”, *Bull Menninger Clin* 46: 321 – 330, 1982

Hamilton NG. *Self and Others: Obiect Relations Theory în Practice,* Northvale, NJ.

Jason Aronson, 1988 Higley JD, Suomi S, Linnoila M. „CSF *monoamine metabolite concentrations vary according to age, rearing* and sex, and are influenced by the stressor of social separation in rhesus monkeys”, *Psychopharmacology* (Berl) 103: 551 – 556, 1991

Hoffman IZ. *Ritual and Spontaneity in the Psychoanalytic Process: A Dialectical-Constructivist View,* Hillsdale, NJ, Analytic Press, 1998 Hyman SE. „Looking to the future: the role of genetics and molecular biology în research on mental illness”, în *Psychiatry in the New Millennium.* Editat de Weissman S, Sabshin M, Eist H, Washington, DE, American Psychiatric Press, 1999, pp. 101 – 122 Jung-Beeman M, Bowden EM, Haberman et al., „Neural activity when people solve verbal problems with insight”, *Plea Biol* 2: 500 – 510, 2004 Kagan J, Reznick JS, Snidman N. „Biological bases of childhood shyness”.

Science 240: 167 – 171, 1988 Kandel EI.

„Psychotherapy and the single synapse: the impact of psychiatric thought on neurobiologic research", *N Engl Med* 301: 1028 – 1037, 1979 Kandel EI. „From metapsychology to molecular biology: explorations into the nature of anxiety", *Am Psychiatry* 140: 1277 – 1293, 1983 Kandel EI. „A new intellectual framework for psychiatry", *Am Psychiatry* 155: 457 – 469, 1998

Karasu TB. „Psychotherapy and pharmacotherapy: toward an integrative model", *Am J Psychiatry* 139: 1102 – 1113, 1982 Kay **J** (ed.): „Integrated Treatment of Psychiatric Disorders" *(Review of Psychiatry Series,* vol. 20, nr. 2; Oldham **JM,** Riba **MB,** ed. Seriei), Washington, DE, American Psychiatric Press, 2001 Kendler KS. „A psychiatric dialogue on the mind-body problem", *Am*

Psychiatry 158: 989 – 1.000, 2001 Kemberg OF. „Notes on countertransference", / *Am Psychoanal Assoc* 13: 38 – 56, 1965 Langsley DG, Yager J. „The definition of a psychiatrist: eight years later", *Am*

J Psychiatry 145: 469 – 475, 1988 Mauron A. „Is the genome the secular equivalent of the soul?", *Science* 291: 831 – 832, 2001

Meginn C. *The Mysterious Flame: Conscious Minds in the Material World,* New

York, Basic Books, 1999 Michels R. „The future of psychoanalysis", *Psychoanal* Q 57: 167 – 185, 1988 Nemiah JE. *Foundations qfpsychopathology,* New York, Oxford University Press.

1961, p. 4

Ornitz EM. „Developmental aspects of neurophysiology", în *Child and Adolescent Psychiatry: A Comprehensive Textbook,* ediţia a 2-a. Editat de Lewis M. Baltimore, MD, Williams Wilkins, 1991, pp. 39 – 51 Ostow M. „Interactions of psychotherapy and pharmacotherapy" (scrisoare).

Am J Psychiatry 140: 370 – 371, 1983 Pally R. „How

brain development is shaped by genetic and environmental factors", *Int J Psychoanal* 78: 587 – 593, 1997 Panksepp J. „Feeling the pain of social loss", *Science* 302: 237 – 239, 2003 Perry DB, Pollard RA, Blakeley TL et al., „Childhood trauma, the neurobiology of adaptation and «use-dependent» development of the brain: how «states» become «traits»", *Infantment Health J* 16: 271 – 291, 1995 Perry S, Cooper AM, Micheis R. „The psychodynamic formulation: its purpose, structure, and clinical application", *Am J Psychiatry* 144: 543 – 550, 1987 Pietrini P. „Toward a biochemistry of mind?", *Am J Psychiatry* 160: 1907 – 1908, 2003 Pynoos RA, Steinberg AM, Ornitz EM et al., „Issues in the developmental neurobiology of traumatic stress", *Ann N Y Acad Sci* 821: 176 – 193, 1997 Reiss D, Hetherington EM, Plomin R et al., „Genetic questions for environmental studies: differenţial parenting and psychopathology în adolescence", *Arch Gen Psychiatry* 52: 925 – 936, 1995 Renik O. „Analytic interaction: conceptualizing technique în light of the analyst's irreductible subjectivity", *Psychoanal Q* 62: 553 – 571, 1993 Riba MB, Balon R. „Competency în Combining Pharmacotherapy and Psychotherapy: Integrated and Split Treatment" *(Core Competencies în Psychotherapy Series,* Glen O Gabbard, ed. Seriei), Washington, DE, American Psychiatric Publishing, 2005 Robinson GE. „Genome mix: beyond nature and nurture", *Science* 304: 397 – 399, 2004 Schatz CJ. „The developing brain", *Sci Am 267: 60 – 67*, 1992 Schore AN. „A century after Freud's project: Is a rapprochement between psychoanalysis and neurobiology at hand?", *J Am Psychoanal Assoc* 45: 807 – 840, 1997

Searle JR. *The Rediscovery of the Mind,* Cambridge, MA, MIT Press, 1992 Sherwood M. *The Logic of Explanation in Psychoanalysis,* New York, Academic Press, 1969

Shevrin H, Bond J, Brakel LA et al., *Conscious and*

Unconscious Processes: Psychodynamic, Cognitive, and Neurophysiological Convergences, New York, Guilford, 1996 Singer T, Seymour B, O'Doherty J et al., „Empathy for pain involves the affective but not senzory components of pain", *Science* 303: 1157 – 1161, 2004 Solms M, Turnbull O. *The Brain and the Inner World: An Introduction to the*

Neuroscience of Subiective Experience, New York, Other Press, 2003 Squire LR. *Memory and Brain,* New York, Oxford University Press, 1987 Stolorow RD. „An intersubjective view of self psychology", *Psychoanalytic Dialogues* 5: 393 – 399, 1995

Suomi SJ. „Early stress and adult emoţional reactivity în rhesus monkeys", în *Childhood Environment and Adult Disease* (CIBA Foundation Symposium nr. 156). Editat de Bock GR şi CIBA Foundation Symposium, Chichester, England, Wiley, 1991, pp. 171 – 188 Suomi SJ. „Social and biological mechanisms underlying impulsive aggressiveness în rhesus monkeys", în *The Causes of Conduct Disorder and Severe Juvenile Delinquency,* Editat de Lahey BB, Moffitt T, Caspi A, New York, Guilford, 2003, pp. 345 – 362 Thomă H, Kächele H. *Psychoanalytic Practice,* vol. 1: *Principle.* Tradus de Wilson

M, Roseveare D, New York, Springer-Verlag, 1987 Thomas A, Chess S. „Genesis and evolution of behavioral disorders: from infancy to early adult life". *Am Psychiatry* 141: 1 – 9, 1984 Thompson EM, Brodie HKH. „The psychodynamics of drug therapy", *Curr*

Psychiatr ther 20: 239 – 251, 1981 Viinamăki H, Kuikka J, Tiihonen J et al., „Change în monoamine transporter density related to clinical recovery: a case-control study", *Nord f Psychiatry* 52: 39 – 44, 1998 A atson JB. *Behaviorism* (1924), New York, WW Norton, 1930 Weaver IC, Szyf M, Meaney MJ. „From maternal care to gene expression: DNA methyl ation and the maternal programming of stress responses", *Endocr Res* 28: 699,

2002 Veaver ICG, Cervoni N, Champagne FA et al., „Epigenetic programming by maternal behavior", *Nat Neurosci* 7: 847 – 854, 2004 einberger J, Hardaway R. „Separating science from myth în subliminal psychodynamic activation", *Clin Psychol Rev* 10: 727 – 756, 1990 «ten D. *Mind, Brain, and Culture,* ediţia a 2-a. New York, Wiley, 1999 a esten D. „The scientific status of unconscious processes: îs Freud really dead?", *Am Psychoanal Assoc* 47: 1061 – 1106, 1999 b *„râsteo XI, Gakhand G". Dpjat «nsgravşâte jwwtsţfnferrar, îl:* implications for theories of transference", / *Am Psychoanal Assoc* 50: 99 – 134, 2002

Issucott DW. „Hate in the counter-transference", *Int Psychoanal* 30: 69 – 74, 1949

— HW Jr, Wylie ML. „An efect of pharmacotherapy on the psychoanalytic process: case report of a modified analysis", *Am Psychiatry* 144: 489 – 492, 1987

ltolul 2

5 M-orth MS, Blehar ME, Waters E et al., „Patterns of Attachment: A Psychological Study of the Strange Situation", Hillsdale, NJ.

Lawrence Erlbaum, 1978 Allen JG, Decring CD, Buskirk JR et al „Assessment of terapeutic alliances in the psychiatric hospital milieu", *Psychiatry* 41: 291 – 299, 1988 Aron L. *Meeting of Minds: Mutuality and Psychoanalysis,* Hillsdale, NJ, Analytic Press, 1996

Bacal HA. „Optimal responsiveness and the terapeutic process", în Progress *în Self Psychology, vol.* 1, editat de Goldberg A, New York, Guilford, 1985, pp. 202 – 227

Bacal HA. „British obiect-relations theorists and self psychology: some critical reflections", *Int Psychoanal* 68: 81 – 98, 1987 Bacal HA, Newman KM. *Theories of Obiect Relations: Bridges to Self Psychology.*

New York, Columbia University Press, 1990 Baker

HS, Baker MN. „Heinz Kohut's self psychology: an overview", *Am J*

Psychiatry 144: 1 – 9, 1987 Balint M *The Basic Fault: Terapeutic Aspects of Regression,* New York.

Brurmer/Mazel, 1979 Beebe B, Lachmann F, Jaffe J. „Mother-infant interaction structures and presymbolic self and obiect representations", *Psychoanalytic Dialogues* 7: 133 – 182, 1997

Bellak L, Hurvich M, Gedimen HK. *Ego Functions in Schizophrenics, Neurotics, and Normals: A Sistematic Study of Conceptual, Diagnostic, and Terapeutic Aspects,* New York, Wiley, 1973 Benjamin J. „An outline of intersubjectivity: the development of recognition".

Psychoanalytic Psychology/ 7 (supl.): 33 – 46, 1990 Bion WR. *Learning From Experience,* New York, Basic Books, 1962 Bollas C. *The Shadow of the Obiect: Psychoanalysis of the Unthought Known,* New

York, Columbia University Press, 1987 Bollas C. *Forces of Destiny: Psychoanalysis and Human Idiom,* Northvale, NJ, Jason Aronson, 1989

Bowlby J. *Attachment and Loss,* vol. 1: *Attachment,* Londra, Hogarth Press/

Institute of Psycho-Analysis, 1969 Bowlby J. *Attachment and Loss,* vol. 2: *Separation: Anxiety and Anger,* Londra.

Hogarth Press/Institute of Psycho-Analysis, 1973 Bowlby J. *Attachment and Loss,* vol. 3: *Loss: Sadness and Depression,* London.

Hogarth Press/Institute of Psycho-Analysis, 1980 Brenner C. *The Mind în Conflict,* New York, International Universities Press, 1982 Calarge C, Andreasen NE, O'Leary DS. „Visualizing how one brain understands another: a PET study of theory of mind", *Am J Psychiatry* 160: 1954 – 1964, 2003 Chodorow NJ. „Teoretical gender and clinical gender: epistemological reflections on the

psychology of women", *J Am Psychoanal Assoc* 44 (supl.): 215 – 238, 1996 Curtis HE. „Clinical perspectives on self psychology", *Psychoanal Q* 54: 339 – 378, 1985

— Inn J. „Intersubjectivity în psychoanalysis: a critical review", *Int J Psychoanal* 76: 723 – 738, 1995

— Eie MN. *Recent Developments în Psychoanalysis: A Critical Evaluation,* New

York, Megraw-Hill, 1984 I îgle M. „The concepts of need and wish în self psychology", *Psychoanalytic*

Psychology 7 (supL): 71 – 88, 1990: – oon EH. „Identity and the life cycle: selected papers", *Psychol Issues* 1: 1 – 171, 1959

— Aim WRD. „Schizoid factors in the personality" (1940), în *Psychoanalytic Studies of the Personality,* Londra, Routledge Kegan Paul, 1952, PP.3 – 27

—... „bairn WRD. „Endopsychic structure considered în terms of obiectrelations hip" (1944), în *Psychoanalytic Studies of the Personality,* Londra, Routledge Kegan Paul, 1952, pp. 82 – 136

— Cairn WRD. *Psychoanalytic Studies of the Personality,* Londra, Routledge

Kegan Paul, 1952

— Rairn WRD. „Synopsis of an obiect-relations theory of the personality", *Int*

Psychoanal 44: 224 – 225, 1963 – iman M. „Projective identification: the analysis involvement", *Int Psychoanal* 78: 227 – 241*, 1997*

— Rissi L, Gallese V. „The neurocorrelates of action understanding în nonhuman primates", în *Mirror Neurons and the evolution of Brain and Language.* Editat de Stanemov MI, Gallese V, Amsterdam, John Benjamin's Publishing, 2002, pp. 13 – 36 cei A. „Movement and communication in human infancy: The social dynamics of

development", *Hum Mov Sci* 11: 387 – 423, 1992 igy P. „An attachment theory approach to treatment of the difficult patient", *Bull Menninger Clin* 62: 147 – 169, 1998 P. *Attachment Theory and Psychoanalysis,* New York, Other Press, 2001 – şi P, Target M. *Psychoanalytic Theories: Perspectives From Developmental Psychology,* Londra, Whurr Publishers, *2003*

— Xel RS. „A reconsideration of obiect choice în women: phallus or fallacy".

Am Psychoanal Assoc 44 (supl.): 133 – 156, 1996 r.ci A. *The ego and the Mechanisms of Defense* (1936), în *The Writings of Anna Freud,* vol. 2, ediţie revizuită, New York, International Universities Press, 1966

eud S. *Three Essays on the Theory of Sexuality* (1905), în *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud,* vol. 7. Tradus şi editat de Strachey J, Londra, Hogarth Press, 1953, pp. 123 – 245 T – ud S. *Inhibitions, Symptoms and Anxiety* (1926), în *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud,* vol. 20. Tradus şi editat de Strachey J, Londra, Hogarth Press, 1959, pp. 75 – 175 Tyud S. *The ego and the Id* (1923), în *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud*, vol. 19. Tradus şi editat de

Strachey J, Londra, Hogarth Press, 1961, pp. 1 – 66 Freud S. *Some Psychical Conséquences of the Anatomical Distinction Between the Sexes* (1925), în *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud,* vol. 19. Tradus şi editat de Strachey J, Londra, Hogarth Press, 1961, pp. 241 – 258 Freud S. *Fetishism* (1927), în *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud*, vol. 21. Tradus şi editat de Strachey J, Londra, Hogarth Press, 1961, pp. 147 – 157 Freud S. *Female Sexuality* (1931), în *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund*

Freud, vol. 21. Tradus şi editat de Strachey J, Londra, Hogarth Press, 1961, pp. 223 – 243 Freud S. *On Narcissism: an Introduction* (1914), în *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud,* vol. 14. Tradus şi editat de Strachey J, Londra, Hogarth Press, 1963, pp. 67 – 102 Freud S. *Mourning and Melancholia* (1917), în *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud*, vol. 14. Tradus şi editat de Strachey J, Londra, Hogarth Press, 1963, pp. 237 – 260 Freud S. *Feminity* (1933), în *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud*, vol. 22. Tradus şi editat de Strachey J, Londra, Hogarth Press, 1964, pp. 112 – 135 Freud S. *Analysis Terminable and Interminable* (1937), în *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud,* vol. 23. Tradus şi editat de Strachey J, Londra, Hogarth Press, 1964, pp. 209 – 253 Freud S. *Splitting of the ego in the Process of Defense* (1940), în *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud,* vol. 23. Tradus şi editat de Strachey J. Londra, Hogarth Press, 1964, pp. 271 – 278 Frith U, Frith CD. „Development and neurophysiology of mentalizing", *Philos*

Trans R Soc Lond B Biol Sci 358: 459 – 473, 2003 Gabbard GO. „Countertransference: the emerging common ground", *Int f*

Psychoanal 76: 44.5 – 485, 1995 Gabbard GO. *Love and Hate in the Analytic Setting,* New York, Jason Aronson, 1996

Gabbard GO. „A reconsideration of objectivity in the analyst", *Int f Psychoanal* 78: 15 – 26, 1997

George C, Kaplan N, Main M. *The Adult Attachment Interview,* Departament of

Psychology, University of California-Berkeley, 1996 Gill MM. *Psychoanalysis of Transition: A Personal View,*

Hillsdale, NJ, Analytic Press, 1994

Greenberg J. *Oedipus and Beyond: A Clinical Theory,* Cambridge, MA, Harvard

University Press, 1991 Greenberg J, Mitchell SA. *Obiect Relations in Psychoanalytic Theory,* Cambridge.

MA, Harvard University Press, 1983 Grinberg L. „Countertransference and projective countendentification", în *Countertransference.* Editat de Epstein L, Feiner A, New York, Jason

Aronson, 1979, pp. 169 – 191

— *Mtsaeaa* JS. *Splitting and Projective Identification,* New York, Jason Aronson.

1981

Imwi-rp H. *Schizoid Phenomena, Obiect-Relations, and the Self,* New York.

International Universities Press, 1968. R-i H. *Psychoanalytic Theory, Therapy, and the Self,* New York, Basic Books, **1971**

— An H. *Ego Psychology and the Problem of Adaptation* (1939). Tradus de

Rapaport D, New York, International Universities Press, 1958 – MA. „Developmental psychobiology of early attachment", în *Developmental Psychobiology.* Editat de Casey BJ, Washington DC, American Psychiatric Publishing, 2004, pp. 1 – 28 **i** ea an IZ. „Some practical implications of a social constructivist view of the psychoanalytic situation", *Psychoanalytic Dialogues* 2: 287 – 304, 1992

— N IZ. *Ritual and Spontaneity in the Psychoanalytic* Process: *A Dialectical*

Constructivist Vieiv, Hillsdale, NJ, Analytic Press, 1998 tascct E. *The Self and the Obiect World,* New York, International Universities Press, 1964

3. *Psychic Equilibrium and Psychic Change: Selected Papers of Betty Joseph,* Editat de Feldman M, Spillius EB,

Londra, Routledge, 1989

— Berg OF. „Borderline personality organization", *J Am Psychoanal*

Assocl5: 641 – 685, 1967? rg OF. *Borderline Conditions and Pathological Narcissism,* New York, Jason Aronson, 1975

— R-rş OF. „Self, ego, affects, and drives", *J Am Psychoanal Assoc* 30: 893 – 917, 1982

— «ere OF. „Obiect relations theory and character analysis", *J Am Psychoanal " Assoc* 31 (supl.): 247 – 272, 1983. – rtrg OF. „Concluding discussions", în *Projection, Identification, Projective Identification.* Editat de Sandler J. Madisru? *CT,* fratemaituitai" universities Press, 1987, pp. 179 – 196 y? Steiner R. *The Freud-Klein Controversies 1941 – 45*, Londra, Routledge, 1992

— M „Notes on some schizoid mechanisms" (1946), în *Envy and Gratitude and Other Works,* 1946 – 1963, New York, Free Press, 1975, pp. 1 – 24 – n G. *The British School of Psychoanalysis: The Independent Tradition,* New

Haven, CT, Yale University Press, 1986 rut H. *The Analysis of the Self: A Sistematic Approach to the Psychoanalytic Treatment of Narcissistic Personality Disorders,* New York, International Universities Press, 1971 – ut H, *The Restoration of the Self,* New York, International Universities Press, 1977

hut H. *How Does Analysis Cure?* Editat de Goldberg A, Chicago, IL, University of Chicago Press, 1984

Lerner HE. „Penis envy: alternatives în conceptualization", *Bull Menninger Clin* 44: 39 – 48, 1980

Leslie KR, Johnson-Frey SH, Grafton ST. „Funcţional imaging of face and hand imitation: toward a motor theory of empathy", *Neuroimage* 21: 601 – 607, 2004

Levine FIB. „The analyst's participation in the analytic process", *Int Psychoanal* 75: 665 – 676, 1994

Levine HB. „The analyst's infatuation: reflections on

an instance of countertransference love". Lucrare prezentată la întâlnirea anuală a American Psychoanalytic Association, New York, NY, decembrie 1996 Lichtenberg JD. „Experience as a guide to psychoanalytic theory and practice".

J Am Psychoanal Assoc 46: 17 – 36, 1998 Lichtenberg JD, Hadley JL. *Psychoanalysis and Motivation,* Hillsdale, NJ, Analytic Press, 1989

Lindon A. „Gratification and provision în psychoanalysis: should we get rid of the «rule of abstinence?»", *Psychoanalytic Dialogues* 4: 549 – 582, 1994 Mahler MS, Pine F, Bergman A. *The Psychological Birth of the Human Infant:*

Symbiosis and Individualion, New York, Basic Books, 1975 Meins E, Ferryhough C, Fradley E et al., „Rethinking maternal sensitivity: mothers comments on infants mental processes predict security of attachment at 12 months", / *Child Psychol Psychiatry* 42: 637 – 648, 2001 Meissner WW. „Can psychoanalysis fiind its self?", *J Am Psychoanal Assoc* 34: 379 – 400, 1986

Mitchell SA. „Contemporary perspectives on self: toward an integration".

Psychoanalytic Dialogues 1: 121 – 147, 1991 Mitchell SA. *Hope and Dread in Psychoanalysis,* New York, Basic Books, 1993 Mitchell SA. *Influence and Autonomy în Psychoanalysis,* Hillsdale, NJ, Analytic Press, 1997

Natterson JM. *Beyond Countertransference: The Therapist's Subjectivity in the*

Terapeutic Process, Northvale, NJ, Jason Aronson, 1991 Ogden TH. „On projective identification", *Int J Psychoanal* 60: 357 – 373, 1979 Ogden TH. „The concept of internal obiect relations", *Int Psychoanal* 64: 227 – 241, 1983

Ogden TH. *The Matrix of the Mind: Obiect Relations and the Psychoanalytic*

Dialogue, Northvale, NJ, Jason Aronson, 1986 Ogden TH. *The Primitive Edge of Experience,* Northvale, NJ, Jason Aronson, 1989 Ogden TH. „The dialectically constituted/decentred subiect of psychoanalysis, îi the contributions of Klein and Winnicott", *Int J Psychoanal* 73: 613 – 626, 1992

Ornstein PH. „On narcissism: beyond the introduction, highlights of Heinz Kohut's contributions to the psychoanalytic treatment of narcissistic personality disorders", *Annual of Psychoanalysis* 2: 127 – 149, 1974 Perry JE, Cooper SH. „A preliminary report on defenses and conflicts associated with borderline personality disorder", *J Am Psychoanal*

Assoc 34: 863 – 893, 1986 Pâne F. „The four psychologies of psychoanalysis and their place în clinical work", *Am Psychoanal Assoc* 36: 571 – 596, 1988 Pine F, *Drive, Ego, Obiect, and Self: A Synthesis for Clinical Work,* New York, Basic Books, 1990

Posner MI, Rothbart MK. „Developing mechanisms of self-regulation", *Dev*

Psychopathol 12: 427 – 441, 2000 Pulver ZB. „Psychic change: insight or relations hip?", *Int Psychoanal* 73: 199 – 208, 1992

Sângell L. „The self în psychoanalytic theory", *Am Psychoanal Assoc* 30: 863 – 891, 1982

Jjâpaport D. *Organization and Pathology of Thought: Selected Sources,* New York.

Columbia University Press, 1951 5ISS D, Neiderhiser J, Hetherington EM et al., *The Relations hip Code: Deciphering Genetic and Social Patterns în Adolescent Development,* Cambridge, MA, Harvard University Press, 2000 inik O. „Analytic interaction: conceptualizing technique în light of the analyst's irreductible subjectivity", *Psychoanal Q* 62: 553 – 571, 1993 Renik O. „The analyst's subjectivity and the analyst's objectivity",

Int J

Psychoanal 79: 487 – 497, 1998? insley DB. „An obiect relations view of borderline personality", în *Borderline Personality Disorders.* Editat de Hartocollis P. New York, International Universities Press, 1977, pp. 47 – 70 Sandler J. „On internal obiect relations", *J Am Psychoanal Assoc* 38: 859 – 880, 1990 randier J. „On attachment to internal objects", *Psychoanalytic Inquiry* 23: 12 – 26, 2003

randier J, Rosenblatt B. „The concept of the reprezentaţional world", *Psychoanal*

Study Child 17: 128 – 145, 1962: hafer R. *Aspects of Internalization,* New York, International Universities Press, 1968

—... J/ei R, *A Mew Language for Psychoanalysis,* New Haven, CT, Yale University

Press, 1976

— V. – rater R. „Narratives of the self", în *Psychoanalysis: Toward the Second Century.* Editat de Cooper AM, Kemberg OF, Person ES, New Haven, CT, Yale University Press, 1989, pp. 153 – 167 vhore AN. „A century after Freud's project: is a rapprochement between psychoanalysis and neurobiology at hand?", *J Am Psychoanal Assoc* 45: 807 – 840, 1997

r.» nz N, Frith C. „Beyond simulation? Neuromechanisms for predicting the actions of others", *Nat Neurosci* 7: 5 – 6, 2004 H. *An Introduction to the Work of Melanie Klein,* New York, Basic Books, 1964

— Reel A. *Heinz Kohut and the Psychology of Self,* Londra, Routledge, 1996

— Iiius EB „Clinical experiences of projective identification", *în clinical*

Lectures on Klein and Bion. Editat de Anderson R, Londra, Tavistock/Routledge, 1992, pp. 59 – 73 Stem DN. *The Interpersonal World of the Infant: A View from*

Psychoanalysis and

Developmental Psychology, New York, Basic Books, 1985 Stem DN. „Developmental prerequisites for the sense of a narrated self", în *Psychoanalysis: Toward the Second Century.* Editat de Cooper AM, Kemberg OF, Person ES, New Haven, CT, Yale University Press, 1989, pp.168 – 178

Stern DN. *The Present Moment în Psychotherapy and Everyday Life,* New York, WW Norton, 2004

Stoller RJ. „Primary femininity", *f Am Psychoanal Assoc* 24 (supl.): 59 – 78, 1976 Stolorow RD, Brandehaft P, Atwood GE. *Psychoanalytic Treatment: An*

Intersubjective Approach, Hillsdale, NJ Analytic Press, 1987 Summers FI. *Transcending the Self: An Obiect Relations Model of Psychoanalytic*

Therapy, Hillsdale, NJ Analytic Press, 1999 Sutherland JD. „The British obiect relations theorists: Balint, Winnicott.

Fairbairn, Guntrip", / Am *Psychoanal Assoc* 28: 829 – 860, 1980 Sutherland JD. „The self and obiect relations: A challenge to psychoanalysis".

Bull Menninger Clin 47: 525 – 541, 1983 Torok M. „The significance of penis envy în women", în *Female Sexuality: New Psychoanalytic Views.* Editat de Chasseguet-Smirgel J, Ann Arbor, University of Michigan Press, 1970, pp. 135 – 170 Tuckett D. Introducere editorială la *My Experimce of Analysis With Fairbairn and*

Winnicott de Guntrip H, *Int J Psychoanal* 77: 739 – 740, 1996 Tyson P. „Female psychology: an introduction", *J Am Psychoanal Assoc* 44 (supl.): ll-20, 1996

Vaillant GE. „Natural history of male psychological health, V: the relation of choice of ego mechanisms of defense to adult adjustment", *Arch Gen Psychiatry* 33: 535 – 545, 1976 Vaillant GE. *Adaptation to Life,* Boston, MA, Little, Brown, 1977 Wallerstein RS. „Self psychology and «classical» psychoanalytic psychology: the nature of their

relations hip", în *The Future of Psychoanalysis: Essays în Honor of Heinz Kohut.* Editat de Goldberg A, New York, International Universities Press, 1983, pp. 19 – 63 Wallerstein RS. „One psychoanalysis or many?", *Int J Psychoanal* 69: 5 – 21, 1988

Winnicott DW. „Transitional objects and transitional phenomena: a study of the first not-me possession" (1953), în *Playing and Reality,* New York, Basic Books, 1971, pp. 1 – 25 Winnicott DW. *The Maturational Processes and the Facilitating Environment: Studies in the Theory of Emoţional Development,* Londra, Hogarth Press, 1965

Wolf E. *Treating the Self: Elements of Clinical Self Psychology,* New York, Guildford, 1988

lapftoiul 3

r i Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, ediţia a 4-a. Text revizuit. Washington DC, American Psychiatric Association, 2000 F Lewis T, Lannon *R et* a*I,* „Affect, attachment, memory: contributions toward psychobiologic integration", *Psychiatry* 59: 213 – 239, 1996; – en NE, O'Leary DS, *Cizadlo T* et *al.,* „Remembering the past: two facets of episodic memory explored with pozitron emission tomography", *Am J Psychiatry* 152: 1576 – 1585*, 1995*

— 5 G, Tennant C. „Editorial: life event stress and illness", *Psychol Med*

S: 545 – 549, 1978

— Hurvich M, Gedimen HK. *Ego Functions in Schizophrenics, Neurotics, ind Normals: A Sistematic Study of Conceptual, Diagnostic, and Terapeutic Aspects,* New York, Wiley, 1973

— F, Murphy WF. *Fire Clinical Interview, vol. 1: Diagnosis: A Method of Teaching Associative Exploration,* New York, International Universities Press, 1955

L... The need for a new medical model: a challenge for biomedicine", *Science* 196: 129 – 136, 1977

Response to the presidential address: is «biopsychosocial» the psychiatric shibboleth?", Am *J Psychiatry* 145: 1061 – 1067*, 1988 Attachment Theory and Psychoanalysis,* New York, Other Press, 2001

— *F*ragment of an analysis of a case of hysteria" (1905), în *The Standard*

List ion of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud, vol. 7. „radus şi editat de Strachey J, Londra, Hogarth Press, 1953, pp. 1 – 122: o. „Challenges in the analysis of adult patients with histories of i idhood sexual abuse", *Canadian Journal of Psychoanalysis* 5: 1 – 25, 1997

Cd. Mv-Tvpsjihmbiakntamepytă SUsic Tixt, Washington, *DE.* American Psychiatric Publishing, 2004

5 E... The Adult Attachment Interview and psychoanalytic outcome lilies*", Int J Psychoanal* 84: 651 – 668, 2003 r The relevance of immigration in the psychodynamic formulation – psychotherapy with immigrants", *Int J Appl Psychoanal Studies* i 9 – 120, 2004

— 7H. Rahe RH. „Social Readjustment Rating Scale", / *Psychosom Res*: 1.213 – 281, 1967

MJ. *Formulation as a Basis for Planning Psychotherapy Treatment,* Washington, DE, American Psychiatric Press, 1997 **s: OF.** *Severe Personality Disorders: Psychotherapeutic Strategies,* New Haven, CT, Yale University Press, 1984

— IS, Lerner HD, Lerner PM et al. (ed.). *Borderline Phenomena an the*

Rorschach Test, New York, International Universities Press, 1980 Langs RJ. *The Bipersonal Field,* New York, Jason Aronson, 1976 Leary K. „Racial enactments în dynamic treatment", Psychoanalytic Dialogues 10: 639 –

653, 2000

Mackinnon RA, Mitchels R. „The Psychiatric Interview în clinical Practice”.

Philadelphia, PA, WB Saunders, 1971 Menninger KA *Theory of Psychoanalytic Technique,* New York, Basic Books, 1958 Menninger KA, Mayman M, Pruyser PW. *A Manual for Psychiatric Case Study,* ediţia a 2-a. New York, Grune Stratton, 1962 Perry S, Cooper AM, Michels R. „The psychodynamic formulation: its purpose, structure, and clinical application”, *Am J Psychiatry* 144: 543 – 550, 1987 Pine F. *Drive, Ego, Obiect, and Self: A Synthesis for Clinical Work,* New York, Basic Books, 1990

Poland WS. „The analyst’s witnessing and otherness”, *J Am Psychoanal Assoc* 48: 16 – 35, 2000

Rapaport D, Gill MM, Schäfer R. *Diagnostic Psychological Testing.* Ediţie revizuită. Editat de Holt RR, New York, International Universities Press, 1968

Reiser MP. „Are psychiatric educators «losing the mind?»”. *Am J Psychiatry* 145: 148 – 153, 1988

Schäfer R. *Psychoanalytic Interpretation in Rorschach Testing: Theory and*

Application, New York, Grune and Stratton, 1954 Shevrin H, Shectman F. „The diagnostic process în psychiatric evaluations”.

Bull Menninger Clin 37: 451 – 494, 1973 Sperry L, Gudeman JE, Blackwell B et al., *Psychiatric Case Formulations.*

Washington, DE, American Psychiatric Press, 1992 Stein H, Jacobs NJ, Ferguson KS et al., „What de adult attachment scales measure?”, *Bull Menninger Clin* 62: 33 – 82, 1998 Thomă H, Kăchele H. *Psychoanalytic Practice,* vol. 1: *Principles.* Tradus de Wilson

M, Roseveare D, New York, Springer-Verlag, 1987 Waelder R. *Basic Tlteorx/ of Psychoanalysis,* New York, International Universities Press, 1960

Capitolul 4

Adler E, Bachant JL. *Working în Depth. A Clinician's Guide to Framezvork and Flexibility in the Analytic Relations hip,* Northvale, NJ, Jason Aronson, 1998

Adler G. „The myth of the alliance with borderline patients", *Am J Psychiatry* 47: 642 – 645, 1979

Amâni F, Lewis T, Lannon R et al., „Affect, attachmnet, memory: contributions toward psychobiologic integration", *Psychiatry* 59: 213 – 239, 1996 Anderson EM, Lambert MJ. „Short-term dynamically oriented psychotherapy:

a review and metaanalysis", *Clin Psychol Rev* 15: 503 – 514, 1995 Aron L. „Self-reflexivity and the terapeutic action of psychoanalysis". Lucrare prezentată la întrunirea anuală a American Psychoanalytic Association, Toronto, Ontario, Canada, mai 1998 Bachrach HM, Leaff LA. „«Analyzability»: a sistematic review of the clinical and quantitative literature", *J Am Psychoanal Assoc* 26: 881 – 920, 1978 Baekeland F, Lundwall L, „Dropping out of treatment: a critical review".

Psychol Bull 82: 738 – 783, 1975 Basch MI. *Doing Psychotherapy,* New York, Basic Books, 1980 Beck NE, Lambert J, Gamachei M et al., „Situaţional factors and behavioral self-predictions in the identification of clients at high risk to drop out of psychotherapy", *Clin Psychol* 43: 511 – 520, 1987 Blatt SJ. „The defferenţial efect of psychotherapy and psychoanalysis with anaclitic and introjective patients: the Menninger Psychotherapy Research Project revisited", / *Am Psychoanal Assoc* 40: 691 – 724, 1992 Blatt S. *Experiences of Depression,* Washington, DE, American Psychological Association, 2004

Book HE. *How to Practice Brief Psychodynamic Psychotherapy; The Core Conflictual Relations hip Theme*

Method, Washington, DE, American Psychological Association, 1998

Bordin ES, „The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance", *Psychotherapy: Theory, Research, and Practice* 16: 252 – 260, 1979 Budman SH (ed.). *Forms of Brief Therapy,* New York, Guilford, 1981 Busch F. *The ego at the Center of Clinical Tehnique (Critical Issues în Psychoanalysis*

1), Northvale, NJ, Jason Aronson, 1995 Chessick RD. *The Technique and Practice of Intensive Psychotherapy,* New York.

Jason Aronson, 1974 Chessick RD. „What is intensive psychotherapy?", *Am J Psychother* 35: 489 – 501, 1981

Cooper AM. „Psychic change: development in the theory of psychoanalytic techniques", *Int J Psychoanal* 73: 245 – 250, 1992 Crits-Christoph P. „The efficacy of brief dynamic psychotherapy: a metaanalysis", *Am Psychiatry* 149: 151 – 158, 1992 Crits-Christoph P, Cooper A, Luborsky L. „The accuracy of therapists interpretations and the outcome of dynamic psychotherapy", *Consult Clin Psychol* 56: 490 – 495, 1988 Davanloo H (ed.). *Short-Term Dynamic Psychotherapy,* New York, Jason Aronson, 1980

Dewald PA. *Psychotherapy: A Dynamic Approach,* New York, Basic Books, 1964 Dewald PA. *Psychotherapy: A Dynamic Approach,* ediţia a 2-a. New York, Basic Books, 1971

Dewan MJ, Steenbarger BN, Greenberg RP (ed.). *The Art and Science of Brief*

Psychotherapies: A Practitioner's Guide, Washington, DE, American Psychiatric Publishing, 2004 Fonagy P. „The process of change, and the change of processes: what can change în a «good» analysis?" Keynote address at the spring meeting of Division 39 of the American Psychological Association, New York, aprilie 1999

Fonagy P. *Attachment Theory and Psychoanalysis,*

New York, Other Press, 2001 Freud A. *The ego and the Mechanisms of Defense* (1936), în *The Writings of Anna Freud,* vol. 2, Ediţie revizuită. New York, International Universities Press, 1966

Freud S. *The Interpretation of Dreams* (1900), în *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud,* vol. 4, 5. Tradus şi editat de Strachey J, Londra, Hogarth Press, 1953, pp. 1 – 627 Freud S. *Recommendations to Physicians Practising Psycho-analysis* (1912), în *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud,* vol. 12. Tradus şi editat de Strachey, Londra, Hogarth Press, 1958, pp. 109 – 120

Freud S. *On Begining the Treatment* (1913), în *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud,* vol. 12. Tradus şi editat de Strachey J, Londra, Hogarth Press, 1958, pp. 121 – 144 Friedman L. „A reading of Freud's papers on technique", *Psychoanal Q* 60: 564 r-595, 1991

Frieswyk SH, Allen JG, Colson DB et al., „Terapeutic alliance: its place as a process and outcome variable în dynamic psychotherapy research", *J Consult Clin Psychol* 54: 32 – 38, 1986 Fromm-Reichmann F. *Principles of Intensive Psychotherapy,* Chicago, IL.

University of Chicago Press, 1950 Gabbard GO. „Countertransference: the emerging common ground", *Int*

Psychoanal 76: 475 – 485, 1995 Gabbard GO. *Love and Hate in the Analytic Setting,* Northvale, NJ, Jason Aronson, 1996

Gabbard GO. „A reconsideration of objectivity in the analyst", *Int Psychoanal* 78: 15 – 26, 1997

Gabbard GO. *Long-Term Psychodynamic Psychotherapy: A Basic Text,* Washington.

DE, American Psychiatric Publishing, 2004 Gabbard GO, Lester EP. *Boundaries and Boundary Violations in*

Psychoanalysis.

Washington, DE, American Psychiatric Publishing, 2003 Gabbard GO, Westen D. „Rethinking terapeutic action", *Int J Psychoanal* 84: 823 – 841, 2003

Gabbard GO, Wilkinson SM. *Management of Countertransference With Borderline*

Patients, Washington, DE, American Psychiatric Press, 1994 Gabbard GO, Gunderson JG, Fonagy P. „The place of psychoanalytic treatments within psychiatry", *Arch Gen Psychiatry* 59: 505 – 510, 2002 Garfield ŞI. *The Practice of Brief Psychotherapy,* New York, Wiley, 1998

Greenberg JR. „Teoretical models and the analyst's neutrality", *Contemporary*

Psychoanalysis 22: 87 – 106, 1986 Greenson RR. *The Technique and Practice of Psychoanalysis,* New York International Universities Press, 1967 Greenson RR. „The working alliance and the transference neurosis" (1965) în *Explorations in Psychoanalysis,* New York, International Universities Press 1978, pp. 119 – 224 Grinberg L. „The closing phase of the psychoanalytic treatment of adults and the goals of psychoanalysis: «the search for truth about one's self.»", *Int J Psychoanal* 61: 25 – 37, 1980 Gunderson JG, Gabbard GO. „Making the case for psychoanalytic therapies in the current psychiatric environment", / *Am Psychoanal Assoc* 47: 679 – 703, 1999

Gustafson JP. „An integration of brief dynamic psychotherapy", *Am J Psychiatry* 141: 935 – 944, 1984

Gustafson JP. *The Complex Secret of Brief Psychotherapy,* New York, WW Norton, 1986

Gutheil T, Gabbard GO. „Misuses and mişunderstandings of boundary theory în clinical and regulatory settings", *Am J Psychiatry* 455: 409 – 414, 1998 Hartley DE, Strupp HH. „The terapeutic alliance: its relations hip to outcome în brief psychotherapy", în *Empirical Studies of Psychoanalytic Theories,* vol. 1. Editat

de Măsling J. Hillsdale, NJ, Analytic Press, 1983, pp. 1 – 37

Hartmann S, Zepf S. „Defectiveness of psychotherapy în Germany: a replication of the *Consumer Reports* studyo", *Psychother Res* 13: 235 – 242, 2003

Heinicke CM, Ramsey-Klee DIN. „Outcome of child psychotherapy as a function of frequency of sessions", *J Am Acad Child Psychiatry* 25: 247 – 253, 1986

Hoffman IZ. *Ritual and Spontaneity in the Psychoanalytic Process: A Dialectical-Constructivist Viezu,* Hillsdale, NJ, Analytic Press, 1998 Hoffman IZ, Gill MM. „Critical reflections on a coding scheme", *Int Psychoanal* 69: 55 – 64, 1988

Hoglend P. „Long-term efects of brief dynamic therapy", *Psychother Res* 13: 271 – 290, 2003

Horowitz MJ, Marmar C, Krupnick J et al., *Personality Styles and Brief*

Psychotherapy, New York, Basic Books, 1984 a Horowitz MJ, Marmar C, Weiss DS et al., „Brief psychotherapy of bereavement reactions: the relations hip of process to outcome", *Arch Gen Psychiatry* 41: 438 – 448, 1984 b

Horvath AD, Symonds BD. „Relation between working alliance and outcome în psychotherapy: a metaanalysis", *Cotms Psychol* 38: 139 – 149, 1991 Horwitz L. *Clinical Prediction in Psychotherapy,* New York, Jason Aronson, 1974 Horwitz L, Gabbard GO, Allen JG et al., *Borderline Personality Disorder: Tailoring the Psychotherapy to the Patient,* Washington DC, American Psychiatric Press, 1996

Howard KI, Kopts SM, Krause MS et al., „The dose-effect relations hip în psychotherapy", *Am Psychol* 41: 159 – 164, 1986 Jacobs TJ. „The corective emoţional experience: its place în current technique".

Psychoanalytic Inquiry 10: 433 – 454, 1990 Joyce AS, Piper WC. „The imediate impact of transference in short-

term individual psychotherapy", *Am Psychother* 47: 508 – 526, 1993 Kantrowitz JL. „Suitability for psychoanalysis", *Yearbook of Psychoanalysis and*

Psychotherapy 2: 403 – 415, 1987 Kantrowitz JL, Katz AL, Paolitto F et al., „Changes in the level and quality of obiect relations in psychoanalysis: follow-up of a longitudinal, prospective study", / *Am Psychoanal Assoc* 35: 23 – 46, 1987 Karasu TB. „Psychotherapies: an overview", *Am J Psychiatry* 134: 851 – 863, 1977 Kilingmo B. „Afirmation in psychoanalysis", *Int Psychoanal* 76: 503 – 518, 1995 Kohut H. *How Does Analysis Cure?* Editat de Goldberg A, Chicago, IL.

University of Chicago Press, 1984 Lawson DIN, Brossart DF. „Link among therapies and parent relations hip, working alliance, and therapy outcome", *Psychother Res* 13: 383 – 394, 2003 Lipton SD. „The advantages of Freud's technique as shown in his analysis of the Rat Man", *Int Psychoanal* 58: 255 – 273, 1977 Loewald HW. „On the terapeutic action of psychoanalysis" (1957), în *Papers on Psychoanalysis,* New Haven, CT, Yale University Press, 1980, pp. 221 – 256

Lohser B, Newton PM. *Unor thodox Freud: The View From the Couch,* New York, Guilford, 1996

Luborsky L. *Principles of Psychoanalytic Psychotherapy: A Manual for*

Supportive-Expressive Treatment, New York, Basic Books, 1984 Luborsky L, Singer B, Luborsky L. „Comparative studies of psychotherapy: is it true that «everyone has won and all must have prizes?»", *Arch Gen Psychiatry* 32: 995 – 1008, 1975 Luborsky L, Mintz J, Auerbach A et al., „Predicting the outcome of psychotherapy: findings of the Penn Psychotherapy Project", *Arch Gen Psychiatry* 37: 471 – 481, 1980 Luborsky L, Crits-Christoph P, Mintz J et al., *Who Will Benefit From Psychotherapy? Predicting Terapeutic*

Outcomes, New York, Basic Books, 1988

Lyons-Ruth K, „Members of the Change Process Study Group. Implicit relaţional knowing: its role în development and psychoanalytic treatment", *Infantment Health J* 19: 282 – 289, 1998 Mackenzie KR. „Recent developments în brief psychotherapy", *Hosp*

Community Psychiatry 39: 742 – 752, 1988 Malan DH. *The Frontier of Brief Psychotherapy: An Example of the Convergence of Research and Clinical Practice,* New York, Plenum, 1976

Malan DH. *Toward the Validation of Dynamic Psychotherapy: A Replication,* New

York, Plenum, 1980 Mann J. *Time-Limited Psychotherapy,* Cambridge, MA, Harvard University Press, 1973

Martin DJ, Garske JP, Davis KK. „Relation of the terapeutic alliance with outcome and other variables: a metaanalytic review", *J Consult Clin Psychol* 68: 438 – 450, 2000 Marziali E, Marmar C, Krupnick J. „Terapeutic alliance scales: development and relations hip to psychotherapy outcome", *Am f Psychiatry* 138: 361 – 364, 1981

Mewilliams N. *Psychoanalytic Psychotherapy,* New York, Guilford, 2004 Menninger KA. *Theory of Psychoanalytic Technique,* New York, Basic Books, 1958 *Mental Health: does therapy help? Consumer Reports,* noiembrie 1995, pp. 734 – 739

Mitchell SA. *Influence and Autonomy în Psychoanalysis,* Hillsdale, NJ, Analytic Press, 1997

Morgan R, Luborsky L, Crits-Christoph P et al., „Predicting the outcomes of psychotherapy by the Penn Helping Alliance Rating Method", *Arch Gen Psychiatry* 39: 397 – 402, 1982 Ogden TH. *Projective Identification and Psychotherapeutic Technique,* New York.

Jason Aronson, 1982 Ornstein A. „«Supportive»

psychotherapy: a contemporary view", *Clin Soc*

Work J 14: 14 – 30, 1986 Pine F. „On terapeutic change: perspectives from a parent-child model".

Psychoanalysis and Contemporary Science 5: 537 – 569, 1976 Pine F. „Supportive psychotherapy: a psychoanalytic perspective", *Psychiatric*

Annals 16: 526 – 529, 1986 Pine F. *Diversity and Direction in Psychoanalytic Technique,* New Haven, CT, Yale

University Press, 1998 Piper WC, Azim HFA, Mecalium M et al., „Patient suitability and outcome in short-term individual psychotherapy", *J Considt Clin Psychol* 58: 475 – 481, 1990

Pulver SE. „Psychic change: insight or relations hip?", *Int J Psychoanal* 73: 199 – 208, 1992

Racker H. *Transference and Counter-transference,* New York, International

Universities Press, 1968 Renik O. „Analytic interaction: conceptualizing technique în light of the analyst's irreductible subjectivity", *Psychoanal* Q 62: 553 – 571, 1993 Rosenthal RN, Muran JE, Pinsker H et al., „Interpersonal change în brief supportive therapy", *J Psychother Pract Res* 8: 55 – 63, 1999 Roskin G. „Changing modes of psychotherapy", *Journal of Psychiatric Treatment and Evaluation* 4: 483 – 487, 1982 Roth S. *Psychotherapy: The Art of Wooing Nature,* Northvale, NJ, Jason Aronson, 1987

Sandler J. „Countertransference and role-responsiveness", *Intenwtional Review of Psychoanalysis* 3: 43 – 47, 1976 Scheidt CE, Burger T, Strukely S et al., „Treatment selection in private practice psychodynamic psychotherapy: a naturalistic prospective longitudinal study", *Psychother Res* 13: 293 – 305, 2003 Sifneos PE. *Short-Term Psychotherapy and Emoţional Crisis,* Cambridge, MA.

Harvard University Press, 1972 Silberschatz G, Fretter PB, Curtis JT. „How de interpretations influence the process of psychotherapy?”, *J Consult Clin Psychol* 54: 646 – 652, 1986 Sledge WH, Moras K, Hartley D et al „Efect of time-limited psychotherapy on patient dropout rates”, *Am J Psychiatry* 147: 1341 – 1347, 1990 Smith ML, Glass GV, Miller TI. *The Benefits of Psychotherapy,* Baltimore, MD.

John’s Hopkins University Press, 1980 Steiner J. „The cum of psychoanalysis”, *Psychoanal Psychother* 4: 109 – 120, 1989 Stern DN, Sander LW, Nahum JP et al., „Non-interpreţive mechanisms în psychoanalytic therapy: the «something more» than interpretation”, *Int J Psychoanal 79: 9*03 – 921, 1998 Svartberg M, Stileste, Seltzer MH. „Efectiveness of short-term dynamic psychotherapy and cognitive therapy for Cluster C personality disorders: a randomized controlled trial”, *Am J Psychiatry* 161: 810 – 817, 2004

Ursano RJ, Dressier DIN. „Brief versus long-term psychotherapy: a treatment decision”, *Neroment Dis* 159: 164 – 171, 1974 Ursano RJ, Hales RE. „A review of brief individual psychotherapies”, *Am*

Psychiatry 143: 15071517, 1986 Ursano RJ, Silberman EK. „Psychoanalysis, psychoanalytic psychotherapy, and supportive psychotherapy”, în *The American Psychiatric Press Textbook of Psychiatry,* ediţia a 2-a. Editat de Hales RE, Yudofsky SE, Talbott J, Washington, DE, American Psychiatric Press, 1994, pp. 1035 – 1060 Vaslamatzis G, Markidis M, Katsouyanni K. „Study of the patients difficulties în ending brief psychoanalytic psychotherapy”, *Psychother Psychosom* 52: 173 – 178, 1989

Wallerstein RS. *Forty-Two Lives în Treatment: A Study of Psychoanalysis and*

Psychotherapy, New York, Guildford, 1986 Werman

DS. „The use of dreams în psychotherapy: practical guidelines”, *Can*

Psychiatr Assoc J 23: 153 – 158, 1978 Werman DS. *The Practice of Supportive Psychotherapy,* New York, Brunner/ Mazel, 1984

Westen D, Gabbard GO. „Developments în cognitive neuroscience, îi implications for theories of transference”, *J Am Psychoanal Assoc* 50: 99 – 134, 2002

Winnicott DW. „The aims of psychoanalytic treatment” (1962), în *The Maturational Processes and the Facilitating Environment,* Londra, Hogarth, 1976, pp. 166 – 170

Winston A, Muran C. „Common factors in the time-limited therapies”, în *American Psychiatric Press Review of Psychiatry,* vol. 15. Editat de Dickstein LJ, Riba MB, Oldham JM. Washington, DE, American Psychiatric Press, 1996, pp. 43 – 68 Winston A, Laikin M, Pollack J et al., „Short-term psychotherapy of personality disorders”, *Am J Psychiatry* 151: 190 – 194, 1994 Winston A, Rosenthal R, Winston E. *Supportive Psychotherapy,* Washington, DE, American Psychiatric Publishing, 2004

Capitolul 5

Appelbaum PS, Gutheil TG. „Drug refusal: a study of psychiatric impatients”.

Am Psychiatry 137: 340 – 346, 1980 Bateman A, Fonagy P. „Treatment of borderline personality disorder with psychoanalytically oriented parţial hospitalization: an 18-month follow-up”, *Am J Psychiatry* 158: 36 – 42, 2001 Bateson G, Jackson DD, Haley J et al., „Toward a theory of schizophrenia”.

Behav Sci 1: 251 – 264, 1956 Berkowitz DA. „An overview of the psychodynamics of couples: bridging concepts”, în *Marriage and Divorce: A Contemporary*

Perspective. Editat de Nadelson CE, Polonsky DE, New York, Guilford, 1984, pp. 117 – 126

Bion WR. *Experiences în Groups and Other Papers,* New York, Basic Books, 1961 Book HE. „Some psychodynamics of non-compliance". *Can J Psychiatry* 32: 115 – 117, 1987

Bowen M. *Family Therapy în clinical Practice,* New York, Jason Aronson, 1978 Ciechanowski PS, Katon W, Russo J et al., „The patient-provider relations hip: attachment theory and adherence to treatment în diabetes", *Am J Psychiatry* 158: 29 – 35, 2001 Dicks HV. „Obiect relations theory and marital studies", *Br J Med Psychol* 36: 125 – 129, 1963

Docherty JP, Fiester SJ. „The terapeutic alliance and compliance with psychopharmacology", în *Psychiatry Update: American Psychiatric Association Annual Review,* vol. 4. Editat de Hales RE, Frances AI. Washington, DE, American Psychiatric Press, 1985, pp. 607 – 632 Docherty JP, Marder SR, Van Kammen DP et al., „Psychotherapy and pharmacotherapy: conceptual issues", *Am J Psychiatry* 134: 529 – 533, 1977

Dunbar-Jacob J. „Contributions to patient adherence: is it time to share the blame?", *Health Psychol* 12: 91 – 92, 1993 Elkin I, Pilkonis PA, Docherty JP et al., „Conceptual and methodological issues în comparative studies of psychotherapy and pharmacotherapy, I: active ingredients and mechanisms of change", *Am J Psychiatry* 145: 909 – 917, 1988

Ezriel H. „A psycho-anaiytic approach to group treatment", *Br Med Psychol* 23: 59 – 74, 1950

Freedman N, Engelhardt DIN, Hankoff LD et al „Drop-out from ouptatient psychiatric treatment", *Arch Neurol Psychiatry* 80: 657 – 666, 1958 Gabbard GO. „A contemporary perspective on psychoanalytically informând hospital treatment", *Hosp Community Psychiatry* 39: 1291

– 1295, 1988 Gabbard GO. „Combined pharmacotherapy and psychotherapy”, în *Comprehensive Texibook of Psychiatry* VII, vol. 2. Editat de Kapian HI, Sadock BJ, Baltimore, MD, Williams Wilkins, 1999, pp.2225 – 2234

Gabbard GO, Bartlett AB. „Selective serotonin reuptake inhibitors in the context of an ongoing analysis”. *Psychoanalytic Inquiry* 18: 657 – 672, 1998 Gabbard Go, Kay J. „The fate of integrated treatment: whatever happened to the biopsychosocial psychiatrist?”, *Am Psychiatry* 158: 1956 – 196**3, 2001**

Ganzarain RE. „Psychotic-like anxieties and primitive defenses în group analytic psychotherapy”, *Issues în Ego Psychology* 3: 42 – 48, 1980 Ganzarain RE. „Working through în analytic group psychotherapy”, *Int*

Group Psychother 33: 281 – 296, 1983 Gibbard GR, Hartman JJ. „The significance of **Utopian** fantasies în small groups”, *Int Group Psychother* 23: 125 – 147, 1973 Gillaspy A Jr, Wright AR, Campbell C et al., „Group alliance and cohesion as predictors of drug and alcohol abuse treatment outcomes”. *Psychotherapy Research* 12: 213 – 229, 2002 Glick ID, Berman EM, Clarkin JF et al., *Marital and Family Therapy,* ediţia a 4-a.

Washington, DE, American Psychiatric Press, 2000 Groves J. „Taking care of the hateful patient”, *N Engl J Med* 298: 883 – 887, 1978

Gutheil TG. „Psychodynamics în drug prescribing”, *Drug Titer* 2: 35 – 10, 1977 Gutheil Tg. „The psychology of psychopharmacology”, *Bull Menninger Clin* 46: 321 – 330, 1982

Holmes SE, Kivlighan Jr DIN. „Comparison of terapeutic factors în group and individual treatment processes”, *Couns Psychol* 47: 478 – 484, 2000

Horwitz L. „A group-centered approach to group psychotherapy”, *Int J Group*

Psychother 27: 423 – 439, 1977 Horwitz L.

„Projective identification in dyads and groups”, *Int J Group Psychother* 33: 259 – 279, 1983 Howard K, Rickels K, Mock JE et al., „Terapeutic style and attrition rate from psychiatric drug treatment”, *Nervment Dis* 150: 102 – 110, 1970

Jones SA, Gabbard GO. „Marital therapy of physician couples”, în *Medical Marriages.* Editat de Gabbard GO, Menninger RW, Washington, DE, American Psychiatric Press, 1988, pp. 137 – 151 Kohut H. *How Does Analysis Cure?* Editat de Goldberg A, Chicago, IL.

University of Chicago Press, 1984 Krupnick JL, Sotsky SM, Simmens S et al., „The role of terapeutic alliance în psychotherapy and pharmacotherapy outcome: findings in the National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program”, *J Consult Clin Psychol* 64: 532 – 539, 1996

Lambert MJ, Bergin SE. „The effectiveness of psychotherapy”, în *Handbook of Psychotherapy and Behavioral Change,* ediţia a 4-a. Editat de Bergin SE, Garfield ŞI, New York, Wiley, 1994, pp. 143 – 189 Luborsky L, Singer B, Luborsky L. „Comparative studies of psychotherapies: is it true that «everyone has won and all must have prizes?»”, *Arch Gen Psychiatry* 32: 995 – 1008, 1975 Mackenzie KR. „The time-limited psychotherapies: an overview”, în *American Psychiatric Press Revieio of Psychiatry,* vol. 15. Editat de Dickstein LJ, Riba MB, Oldham JM, Washington, DE, American Psychiatric Press, 1996, pp. 11 – 21

Mackenzie KR. *Time-Managed Group Psychotherapy. Efective Clinical Applications.*

Washington, DE, American Psychiatric Press, 1997 Minuchin S. *Families and Family Therapy,* Cambridge, MA, Harvard University Press, 1974

Myers ED, Branthwaite A. „Out-patient compliance with antidepressant medication”, *Br J Psychiatry* 160: 83 –

86, 1992 Normand WC, Bluestone H. „The use of pharmacotherapy în psychoanalytic treatment", *Contemp Psychoanal* 22: 218 – 234, 1986 Ogden TH. *Projective Identification and Psychotherapeutic Tehniciue,* New York.

Jason Aronson, 1982 Overall B, Aronson H. „Expectations of psychotherapy în patients of lower socioeconomic class", *Am J Orthopsychiatry* 33: 421 – 430, 1963 Pampallona S, Bollini P, Tibaldi G et al., „Combined pharmacotherapy and psychological treatment for depression: a sistematic review", *Arch Gen Psychiatry* 61: 714 – 719, 2004 Piper WC, McCallum M, Azim HFA. *Adaptation to Loss Through Short-Term*

Group Psychotherapy, New York, Guilford, 1992 Polonsky DE, Nadelson CE. „Psychodynamic couples therapy", în *Textbook of Family and Couples Therapy: Clinical Applications.* Editat de Sholevar GP, Schwoeri LD, Washington, DE, American Psychiatric Publishing, 2003, pp. 439 – 459

Porter K. „Combined individual and group psychotherapy", în *Comprehensive Group Psychotherapy,* ediţia a 3-a. Editat de Kaplan HI, Sadock BJ, Baltimore, MD, Williams Wilkins, 1993, pp. 314 – 324

Redl F. „Psychoanalysis and group therapy: a developmental point of view".

Am Orthopsychiatry 33: 135 – 147, 1963 Ringstrom PA. „An intersubjective approach to conjoint therapy", în *Progress în Self Psychology,* vol. 10. Editat de Goldberg A. Hillsdale, NJ, Analytic Press, 1994, pp. 159 – 182 Ringstrom PA. „Competing selfobject functions: the bane of the conjoint therapist", *Bull Menninger Clin* 62: 314 – 325, 1998 Rioch MJ. „The work of Wilfred Bion on groups", *Psychiatry* 33: 56 – 66, 1970 Roose SP, Stern RH. „Medication use în training cases: a survey", *Am*

Psychoanal Assoc 43: 163 – 170, 1995 Rutan JS, Stone WN. *Psychodynamic Group Psychotherapy,* ediţia a

3-a. New
York, Guilford, 200 l" Sadock B.J. „Preparation, selection of patients, and organization of the group", în *Comprehensive Group Psychotherapy,* ediţia a 2-a. Editat de Kaplan HI, Sadock BJ, Baltimore, MD, Williams Wilkins, 1983, pp. 23 – 32

Scharff DE, Scharff JS. *Obiect Relations Family Therapy,* Northvale, NJ, Jason Aronson, 1987

Scharff DE, Scharff JS. *Obiect Relations Couples Therapy,* Northvale, NJ, Jason Aronson, 1991

Scheidlinger S. „On the concept of the «mother-group»", *Int J Group Psychother* 24: 417 – 428, 1974

Schwartz SE. „Ozzie and Harriet are dead: new family narratives în a postmodern world", în *Un coupling Convention: Psychoanalytic Approaches to Same-Sex Couples and Families.* Editat de D'Ercole A, Drescher J. Hillsdale, NJ, Analytic Press, 2004, pp. 13 – 29 Selvini Palazzoli M, Boscolo L, Cecchin G et al., *Paradox and Counterparadox: A New Model in the Therapy of the Family în Schizophrenic Transaction,* New York, Jason Aronson, 1978 Shaddock D. *From Impasse to Intimacy: How Understanding Unconscious Needs*

Can Transform Relations hips, Northvale, NJ, Jason Aronson, 1998 Shapiro EI, Zinner J, Shapiro RL et al „The influence of family experience on borderline personality development", *International Review of Psychoanalysis* 2: 399 – 411, 1975 Sholevar GP, Schwoeri LD. „Psychodynamic family therapy", în *Textbook of Family and Couples Therapy: Clinical Applications.* Editat de Sholevar GP, Schwoeri LD. Washington, DE, American Psychiatric Publishing, 2003, pp. 77 – 102

Slipp S. *Obiect Relations: A Dynamic Bridge Between Individual and Family treatment,* New York, Jason Aronson, 1984 Slipp S. *The Technique and Practice of Obiect Relations Family Therapy,* Northvale.

NJ, Jason Aronson, 1988 Solomon JL. „A clinical study of the effect of the introduction of antidepressant medication on the psychoanalytic process în an analysis of long duration", *Journal of Clinical Psychoanalysis* 4: 169 – 184, 1995 perry L, Brill PL, Howard KI et al „*Treatment Outcomes în Psychotherapy and*

Psychiatric Interventions, New York, Brunner/Mazel, *1996* Stewart RH, Peterste, Marsh S et al., „An obiect-relations approach to psychotherapy with marital couples, families, and children", *Pam Process* 14: 161 – 178, 1975 – impson EM, Brodie HKH, „The psychodynamics of drug therapy", *Curr Psychiatr Ther* 20: 239 – 251, 1981 în Putten T, Crumpton E, Yale C. „Drug refusal în schizophrenia and the wish to be crazy". *Arch Gen Psychiatry* 33: 1443 – 1446, 1976 ger TD, Rilling JK, Smith EL et al., „Placebo-induced changes în FMRI in the anticipation and experience of pain", *Science* 303: 1162 – 1167, 2004

— Nden P, Rapkin B, Zymunt A et al., „Postdischarge medication compliance of impatient converted from an oral to a depot neuroleptic regimen", *Psychiatr Serv* 46: 1049 – 1054, 1995 – itaker DS, Lieberman MA. *Psychotherapy Through the Group Process,* New

York, Atherton Press, 1964 rerg T, Karterud S, Pedersen G et al., „Ouptatient group psychotherapy following day treatment for patients with personality disorders", *f Pers Disord* 17: 510 – 521, 2003 zht EC. „Non-compliance – or how many aunts has Matilda?", *Lancet* 342: 909 – 913, 1993

hi ID. *The Theory and Practice of Group Psychotherapy,* ediţia a 3-a, New York, Basic Books, 1985

I – ner J. „The implications of projective identification for marital interaction", în *Contemporary Marriage: Structure, Dynamics, and Therapy.* Editat de Grunebaum H, Christ J. Boston, MA, Little Brown, 1976, pp. 293 – 308

l-jter J, Shapiro R. „Projective identification as a mode of perception and behavior în families *of adolescents", Int J Psychoanal* 53: 523 – 530.

1972

— Ei, Shapiro R. „The family as a single psychic entity: implications for acting out în adolescence", *International Review of Psychoanalysis* 1: 179 – 186, 1974

Capitolul 6

— ErG. „Hospital treatment of borderline patients", *Am J Psychiatry* 130: 32 – 36.

1973

Il: – i G. *Borderline Psychopathology and Its Treatment,* New York, Jason Aronson, 1985

Adshead G. „Psychiatric staff as attachment figures", *Br Psychiatry* 172: 64 – 69, 1998

Allen JG, Decring CD, Buskirk JR et al., „Assessment of terapeutic alliances in the psychiatric hospital milieu", *Psychiatry* 51: 291 – 299, 1988 Bateman A, Fonagy P. „The effectiveness of parţial hospitalization in the treatment of borderline personality disorder: a randomized controlled trial", *Am Psychiatry* 156: 1563 – 1569, 1991 Bateman A, Fonagy P. „Treatment of borderline personality disorder with psychoanalytically oriented parţial hospitalization: an 18-month follow-up", *Am J Psychiatry* 158: 36 – 42, 2001 Bateman A, Fonagy P. „Health service utilization costs for borderline personality disorder patients treated with psychoanalytically oriented parţial hospitalization versus general psychiatric care", *Am J Psychiatry* 160: 169 – 171, 2003 Bion WR. *Experiences în Groups and Other Papers,* New York, Basic Books, 1961 Brenner C. *The Mind în Conflict,* New York, International Universities Press, 1982

Burnham DL. „The special-problem patient: victim or agent of splitting?"

Psychiatry 29: 105 – 122, 1966 Casement PL. „The meeting of needs în psychoanalysis”, *Psychoanalytic Inquiry* 10: 325 – 346, 1990

Chiesa M, Fonagy P, Holmes J. „When more is less: an exploration of psychoanalytically oriented hospital-based treatment for severe personality disorder”, *Int Psychoanal* 84: 637 – 650, 2003 Cohen RA. „Some relations between staff tension and the psychotherapeutic process”, în *The Patient and the Mental Hospital: Contributions of Research in the Science of Social Behavior.* Editat de Greenblatt M, Levinson DJ, Williams RH, Glencoe II, Free Press, 1957, pp. 301 – 308 Dolan B, Warren F, Norton K. „Change în borderline symptoms one year after terapeutic community treatment for severe personality disorder”, *Br J Psychiatry* 171: 274 – 279, 1997 Finell JS. „Narcissistic problems în analysts”, *Int Psychoanal* 66: 433 – 445, 1985 Freud S. *Remembering, Repeating and Working-Through (further recommendations on the technique of psycho-analysis II)* (1914), în *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud,* vol. 12. Tradus şi editat de Strachey J, Londra, Hogarth Press, 1958, pp. 145 – 156 Gabbard GO. „The treatment of the «special» patient în a psychoanalytic hospital”, *International Review of Psychoanalysis* 13: 333 – 347, 1986 Gabbard GO. „A contemporary perspective on psychoanalytically informând hospital treatment”, *Hosp Community Psychiatry* 39: 1291 – 1295, 1988 Gabbard GO. „On. «doing nothing» in the psychoanalytic treatment of the refractory borderline patient”, *Int J Psychoanal* 70: 527 – 534, 1989 a Gabbard GO. „Patients who hate”, *Psychiatry* 52: 96 – 106, 1989 b

Gabbard GO. „Comparative indications for brief and extended hospitalization”, în *American Psychiatric Press Review of Psychiatry,* vol. II. Editat de Tasman A, Riba MB. Washington, DE, American Psychiatric Press, 1992 a, pp.

503 – 517

Gabbard GO. „The terapeutic relations hip în psychiatric hospitalization", *Bull*

Menninger Clin 56: 4 – 19, 1992 b Gabbard GO. „Treatment of borderline patients în a multiple-treater setting".

Psychiatr Clin North Am 17: 839 – 850, 1994 Gabbard GO. „Training residents în psychodynamic psychiatry", în *Acute care Psychiatry: Diagnosis and Treatment.* Editat de şederer LI, Rothschild AI, Baltimore, MD, Williams Wilkins, 1997, pp. 481 – 491 Gabbard GO. „Treatment-resistant borderline personality disorder", *Psychiatr*

Ann 28: 651 – 656, 1998 Gabbard GO., Wilkinson SM. *„Management of Countertransference With Borderline*

Patients, Washington, DE, American Psychiatry Press, 1994 Gabbard GO, Takahashi T, Davidson JE et al.", A psychodynamic perspective on the clinical impact of Insurance review", *Am J Psychiatry* 148: 318 – 323, 1991

Gabbard GO, Coyne L, Allen JG et al., „Evaluation of intensive impatient treatment of patients with severe personality disorders", *Psychiatr Serv* 51: 893 – 898, 2000 Hamilton NG. *Self and Others: Obiect Relations Theory în Practice,* Northvale, NJ.

Jason Aronson, 1988 Harry MK. „Countertransference patterns in the psychiatric treatment te-am".

Bull Menninger Clin 43: 105 – 122, 1979 Hilles L. „Changing trends in the application of psychoanalytic principle to a psychiatric hospital", *Bull Menninger Clin* 32: 203 – 218, 1968 Hoffman IZ, Gill MM. „Critical reflections on a coding scheme", *Int Psychoanal* 69: 55 – 64, 1988

Horwitz L. „Transfemce issues în hospital groups", *Yearbook of Psychoanalysis and Psychotherapy* 2: 117 –

122, 1987 Kemberg OF. „Psychoanalytic obiect-relations theory: group processes and administration: toward an integrative theory of hospital treatment", *Annual of Psychoanalysis* 1: 363 – 388, 1973 Kemberg OF. *Severe Personality Disorders: Psychotherapeutic Strategies,* New

Haven, CT, Yale University Press, 1984 Kibel HD. „Impatient group psychotherapy: where treatment philosophies converge", *Yearbook of Psychoanalysis and Psychotherapy* 2: 94 – 116, 1987. Kohut H. *The Analysis of the Self: A Sistematic Approach to the Psychoanalytic Treatment of Narcissistic Personality Disorders,* New York, International Universities Press, 1971. Main TF. „The ailment", *Br J Med Psychol* 30: 129 – 145, 1957 Menninger WC. „The Menninger Hospital Guide to the Order Sheet" (1939), *Bull Menninger Clin* 46: 1 – 112, 1982

Ogden TH. *Projective Identification and Psychotherapeutic Tehnique,* New York.

Jason Aronson, 1982 Ogden TH. *The Matrix of the Mind: Obiect Relations and the Psychoanalytic*

Dialogue, Northvale, NJ, Jason Aronson, 1986 Oldham JM, Russakoff LM. *Dynamic Therapy în Brief Hospitalization,* Northvale.

Ne, Jason Aronson, 1987 Perry JE, Cooper SH. „A preliminary report on defenses and conflicts associated with borderline personality disorder", / *Am Psychoanal* Assoc 34: 863 – 893, 1986 Pine F. *Drive, Ego, Obiect, and Self: A Synthesis for Clinical Work,* New York, Basic Books, 1990

Poggi RG, Ganzarain R. „Countertransference hate", *Bull Menninger Clin* 47: 15 – 35, 1983

Rangell L. „The self în psychoanalytic theory", *Am Psychoanal Assoc* 30: 863 – 891, 1982

Rinsley DB. *Treatment of the Severely Disturbed Adolescent,* New York, Jason Aronson, 1980

Rinsley DB, *Borderline and Other Self Disorders. A*

Development and

Obiect-Relations Perspective, New York, Jason Aronson, 1982 Sandler J, Sandler AM. „On the development of obiect relations and affects".

Int J Psychoanal 59: 285 – 296, 1978 Searles HF. *Collected Papers on Schizophrenia and Related Subjects,* New York.

International Universities Press, 1965 Searles HF. „The «dedicated psysician» in the field of psychotherapy and psychoanalysis" (1967), în *Countertransference and Related Subjects,* Madison, CT, International Universities Press, 1979, pp. 71 – 88 Shapiro EI, Shapiro RL, Zinner J et al., „The borderline ego and the working alliance: indications for family and individual treatment în adolescence", *Int J Psychoanal* 58: 77 – 87, 1977 Simmel E. „Psycho-analytic treatment în a sanatorium", *Int J Psychoanal* 10: 70 – 89, 1929

Stamm I. „Countertransference în hospital treatment: basic concepts and paradigms", *Bull Menninger Clin* 49: 432 – 450, 1985 a Stamm I. „The hospital as a «holding environment»", *International Journal of*

Terapeutic Communities 6: 219 – 229, 1985 b Stanton AH, Schwartz MS. *The Mental Hospital: A Study of Instituţional Participation in Psychiatric Illness and Treatment,* New York, Basic Books, 1954

Symington N. „The possibility of human freedom and its transmission (with particular reference to the thought of Bion)", *Int Psychoanal* 71: 95 – 106, 1990

Weiss J, Sampson H, the Mount Zion Psychotherapy Research Group. *The Psychoanalytic* Process: *Theory, Clinical Observations, and Empirical Research,* New York, Guilford, 1986

Wesselius LF. „Countertransference în milieu treatment", *Arch Gen Psychiatry* 18: 47 – 52, 1968

Winnicott DW. *The Maturational Processes and the*

Facilitating Environment: Studies in the Theory of Emoţional Development, Londra, Hogarth Press, 1965 Zee HJ. „Purpose and structure of a psychoanalytic hospital”, *Nat!* Assoc *Priv Psychiatr Hosp* 84: 20 – 26, 1077

Capitolul 7

Abdelmalik P, Husted J, Chow EWC et al., „Childhood head înjury and expression of schizophrenia în multiply affected families”, *Arch Gen Psychiatry* 60: 231 – 236, 2003 American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders,* ediţia a 4-a. Text revizuit. Washington DC, American Psychiatric Association, 2000 Andreasen NE, Olsen SA, Dennert JW et al., „Ventricular enlargement în schizophrenia: relations hip to positive and negative symptoms”, *Am Psychiatry* 139: 297 – 302, 1982 Andreasen NE, Flaum M, Swayze VW et al., „Positive and negative symptoms în schizophrenia: a critical reappraisal”, *Arch Gen Psychiatry* 47: 615 – 621, 1990

Anomymous. „Can we talk? The schizophrenic patient în psychotherapy: a recovering patient”, *Am J Psychiatry* 143: 68 – 70, 1986 Arlow A, Brenner C. „The psychopathology of the psychoses: a proposed revision”, *Int Psychoanal* 50: 5 – 14, 1969 Bachrach LL. „Psychosocial rehabilitation and psychiatry in the care of long-term patients”, *Am J Psychiatry* 149: 1455 – 1463, 1992 Bion WR. „Differentiation of the psychotic from non-psychotic personalities” (1957), în *Second Thoughts: Selected Papers on Psycho-Analysis,* New York, Jason Aronson, 1967, pp. 43 – 64 Blatt SJ, Wild CM. *Schizophrenia: A Developmental Analysis,* New York, Academic Press, 1976

Brown GW, Birley JLT, Wing JK. „Influence of family life on the course of schizophrenic disorders: a

replication", *Br J Psychiatry* 121: 241 – 258, 1972

Buztlaff RL, Hooley JM, „Expressed emotion and psychiatric relapse: a metaanalysis", *Arch Gen Psychiatry* 55: 547 – 552, 1998 Cannon M, Caspi A, Moffit T et al., „Evidence for early childhood, pandevelopmental impairment specific to schizophreniform disorder", *Arch Gen Psychiatry* 59: 449 – 456, 2002

Carpenter WT Jr. „A perspective on the Psychotherapy of Schizophrenia

Project", *Schizophr Bull* 10: 599 – 602, 1984 Carpenter WT Jr., Henrichs DW, Wagman AMI. „Deficit and nondeficit forms of schizophrenia: the concept", *Am Psychiatry* 145: 578 – 583, 1988 Conte HR, Plutchik R. „Controlled research and supportive psychotherapy".

Psychiatric Annals 16: 530 – 533, 1986 Degen K, Nasper E. *Return From Madness: Psychotherapy With People Taking the New Antipsychotic Medications and Emerging From Severe, Lifelong, and Disabling Schizophrenia,* Northvale, NJ, Jason Aronson, 1996 Dixon LB, Lehman AF. „Family interventions for schizophrenia", *Schizophr Bull* 21: 631 – 643, 1995

Duckworth K, Nair V, Paté! JK et al „Lost time, found hope and sorrrow: the search for self, connection, and purpose during «awakenings» on the new antipsychotics", *Harv Rev Psychiatry* 5: 227 – 233*, 1997* Falloon LRH. „Expressed emotion: current status", *Psychol Med* 18: 269 – 274, 1988 Falloon IRH, Boyd JL, Megill CW et al., „Family management in the prevention of exacerbations of schizophrenia: a controlled study", *N Engl Med* 306: 1437 – 1440, 1982 Federn P. *Ego Psychology and the Psychoses,* New York, Basic Books, 1952 Fenton WS, Meglashan TH. „We can talk: individual psychotherapy for schizophrenia", *Am Psychiatry* 154: 1493 – 1495, 1997 Frank AF, Gunderson JG. „The role of the terapeutic alliance in the treatment of schizophrenia: relations hip to course and

outcome", *Arch Gen Psychiatry* 47: 228 – 236, 1990 Freedman R, Adlerle, Myles-Worsley M et al., „Inhibitory gating of an evoked response to repeated auditory stimuli în schizophrenic and normal subjects: human recordings, computer simulation, and an animal model", *Arch Gen Psychiatry* 53: 1114 – 1121, 1996 Frese FI. „Recovery: myths, mountains, and miracles", Prezentare pentru membrii Clinicii Menninger, Topeka, KS, 30 mai 1997 Freud S. *Psycho-Analytic Notes on an Autobiogjaphical Account of a Case of Paranoia (Dementia Paranoides)* (1912), în *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud*, vol. 12. Tradus şi editat de Strachey J, Londra, Hogarth Press, 1958, pp. 1 – 82 Freud S. *The Loss of Reality în Neurosis and Psychosis* (1924 a), în *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud*, vol. 19. Tradus şi editat de Strachey J, Londra, Hogarth Press, 1961, pp.181 – 187

Freud S. *Neurosis and Psychosis* (1924 b), în *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud*, vol. 19. Tradus şi editat de Strachey J, Londra, Hogarth Press, 1961, pp. 147 – 153 Freud S. *On Narcissism: an Introduction* (1914), în *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud,* vol. 14. Tradus şi editat de Strachey J, Londra, Hogarth Press, 1963, pp. 67 – 102

— Jd S. *The Unconscious* (1915), în *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud,* vol. 14. Tradus pl editat de Strachey J, Londra, Hogarth Press, 1963, pp. 159 – 215 – m-Reichmann F. *Principles of Intensive Psychotherapy,* Chicago, IL, University of Chicago Press, 1950

— I.D. „Self-criticism în psychosis: enabling statements în psychotherapy".

Dynamic Psychotherapy **3: 129 – 137, 1985** D,

Rogoff M, Steinberg S. „Affect-recognition and self-esteem în schizophrenia”, *Psychopathology* 20: 225 – 233, 1987 Katz H, Schnitzer R et al., „Psychotherapy of schizophrenia: an empirical investigation of the relations hip of process to outcome”, *Am J Psychiatry* 146: 603 – 608, 1989

MJ, Rodnick EH, Evans JR et al., „Drug and family in the aftercare of acute schizophrenics”, *Arch Gen Psychiatry* 35: 1169 – 1177, 1978

— Schwartz B. „Individual psychotherapy of schizophrenia”, în

Schizophrenia: Treatment, Management, and Rehabilitation. Editat de Bellack AS, Orlando, FI, Grime Stratton, 1984, pp. 307 – 335

— The body and its boundaries: a psychoanalytic view of cognitive process disturbances în schizophrenia”, *International Review of Psychoanalysis* 9: 327 – 342, 1982

— ÎL. Marshall BD Jr, Wirshing WC et al., „Does risperidone improve verbal working memory în treatment-resistant schizophrenia?”, *Am I Psychiatry* 154: 799 – 804, 1997: en L, Ewalt JR, Shader RI. *Schizophrenia: Pharmacotherapy and Psychotherapy*, Baltimore, MD, Williams Wilkins, 1972. –”. – n JS. „The psychoanalytic concept of schizophrenia, I: the dilema”, *hit J Psychoanal* 58: 403 – 425, 1977 a

— R IS. „The psychoanalytic concept of schizophrenia, îi reconciliationo.

Int J Psychoanal 58: 427 – 452, 1977 b – iv7. „Engagement or schizophrenic patients în psychotherapy”, în *Attachment and the Terapeutic Process: Essays în Honor of Otto Allen W ill, Jr.* Editat de Sacksteder JL, Schwartz DP, Akabane Y, Madison, CT, International Universities Press, 1987, pp. 139 – 153

— JG, Frank AF, Katz HM et al., „Efects of psychotherapy în schizophrenia, îi comparative outcome of

two forms of treatment", *Schizophr Bull* 10: 564 – 598, 1984

— G CM, Zubin J, Strauss JS. „Chronicity în schizophrenia: fact, parţial fact, or artifact?", *Hosp Community Psychiatry* 38: 477 – 486, 1987

— I AB. *Family Education in Mental Illness,* New York, Guildford, 1990

— GE. „Depot neuroleptics: the relevance of psychosocial factors – a

United States perspective", *J Clin Psychiatry* 45: 36 – 42, 1984» – GE, Anderson CM, Reiss DJ et al., „Family psychoeducation, social skills training, and maintenance chemotherapy in the aftercare treatment of schizophrenia, I: one-year efects of a controlled study on relapse and expressed emotion", *Arch Gen Psychiatry* 43: 633 – 642, 1986 Hogarty GE, Anderson CM, Reiss DJ et al., „Family psychoeducation, social skills training, and maintenance chemotherapy in the aftercare treatment of schizophrenia, îi two-year efects of a controlled study on relapse and adjustment", *Arch Gen Psychiatry* 48: 340 – 347, 1991 Hogarty GE, Komblith SF, Greenwald D et al „Personal therapy: a disorder-relevant psychotherapy for schizophrenia", *Schizophr Bull* 21: 379 – 393, 1995

Hogarty GE, Komblith SF, Greenwald D et al., „Three-year trials of personal therapy among schizophrenic patients living with or independent of family, I: description of study and efects on relapse rates", *Am Psychiatry* 154: 1504 – 1513, 1997 a Hogarty GE, Greenwald D, Uliich RF et al., „Three-year trials of personal therapy among schizophrenic patients living with or independent of family, îi efects on adjustment of patients", *Am f Psychiatry* 154: 1514 – 1524, 1997 b lenkins JH, Karno M. „The meaning of expressed emotion: teoretical issues caised by cross-cultural research", *Am J Psychiatry* 149: 9 – 21, 1992 Judd LL, Meadams LA, Budnick B et al „Senzory gating deficits

în schizophrenia: new results", *Am Psychiatry* 149: 488 – 493, 1992 Kanas N. „Group therapy with schizophrenics: a review of controlled studies".

Int Group Psychother 36: 339 – 351, 1986 Kanas N, Rogers M, Kreth E et al., „The effectiveness of group psychotherapy during the first three weeks of hospitalization: a controlled study", *JNervment Dis* 168: 487 – 492, 1980 Kanter J. „Clinical case management: definition, principles, components", *Hosp*

Community Psychiatry 40: 361 – 368, 1989 Kanter J, Lamb HR, Loeper C. „Expressed emotion in families: a critical review", *Hosp Community Psychiatry* 38: 374 – 380, 1987 Karon BP. „The fear of understanding schizophrenia", *Psychoanalytic Psycitology* 9: 191 – 211, 1992

Karon BP, Vandenbos G. *Psychotherapy of Schizophrenia,* New York, Jason Aronson, 1981

Keith SJ, Matthews SM. „Schizophrenia: a review of psychosocial treatment strategies", în *Psychotherapy Research: Where Are We and Where Should We Go?* Editat de Williams JBW, Spitzer RL. New York, Guildford, 1984, pp. 70 – 88

Kendler KS, Eaves LJ. „Models for the joint efect of genotype and environment on liability to psychiatric illness", *Am J Psychiatry* 143: 279 – 289, 1986 Kety SS. „Genetic and environmental factors in the etiology of schizophrenia, în *Psychopathology: The evolving Science of Mental Disorder.* Editat de Matthysse H, Levy DL, Kagan J et al., New York, Cambridge University Press, 1996, pp. 477 – 487 King S, Dixon MJ. „The influence of expressed emotion, family dynamics, and symptom type on the social adjustment of schizophrenic young adults", *Arch Gen Psychiatry* 53: 1098 – 1104, 1996 Kingdon DG, Turkington D. *Cognitive-Behavioral Therapy of Schizophrenia,* New

York, Guildford, 1994 Kirkpatrick B, Buchanan RW,

Ross DE et al., „A separate disease within the syndrome of schizophrenia", *Arch Gen Psychiatry* 58: 165 – 171, 2001 Klein DF. „Psychosocial treatment of schizophrenia, or psychosocial help for people with schizophrenia?", *Schizophr Bull* 6: 122 – 130, 1980 Kuipers E, Fowler D, Garety P et al., „London-East Anglia randomized controlled trial of cognitive-behavioral therapy for psychosis, III: follow-up and economic evaluation at 18 months", *Br J Psychiatry* 173: 61 – 68, 1998

Leff J, Kuipers L, Berkowitz R et al., „A controlled trial of social intervention in the families of schizophrenic patients", *Br Psychiatry* 141: 121 – 134, 1982

Lefley HP. „Expressed emotion: conceptual, clinical, and social policy issues".

Hosp Community Psychiatry 43: 591 – 598, 1992 London NJ. „An essay on psychoanalytic theory: two theories of schizophrenia, part I: review and critical assessment of the development of the two theories", *Int Psychoanal* 54: 169 – 178, 1973 a London NJ. „An essay on psychoanalytic theory: two theories of schizophrenia, part îi discussion and restatement of the specific theory of schizophrenia", *Int J Psychoanal* 54: 179 – 193, 1973 b Lucas R. „The relations hip between psychoanalysis and schizophrenia", *Int*

Psychoanal 84: 3 – 15, 2003 Macmillan JF, Gold A, Crow TJ et al., „Expressed emotion and relapse", *Br J*

Psychiatry 148: 133 – 143, 1986 Mahler M. „On child psychosis and schizophrenia: autistic and symbiotic infantile psychoses", *Psychoanal Study Child 7:* 286 – 305, 1952 May PRA. *Treatment of Schizophrenia: A Comparative Study of Five Treatment*

Methods, New York, Science House, 1968 Meglashan TH. „The Chestnut Lodge follow-up study, îi long-term outcome of schizophrenia and the affective disorders", *Arch Gen Psychiatry* 41: 586 – 601, 1984

Meglashan TH. „Recovery style from mental illness and long-term outcome”.

JNervment Dis 175: 681 – 685, 1987 Meglashan TH, Keats CJ. *Schizophrenia: Treatment Process and Outcome.*

Washington, DE, American Psychiatric Press, 1989 Mosher LR, Keith SJ. „Research on the psychosocial treatment of schizophrenia:

a summary report”, *Am J Psychiatry* 136: 623 – 631, 1979 Müller C. „Psychotherapy and schizophrenia: the end of the pioneers period”.

Schizophr Bull 10: 618 – 620, 1984 Münich RL, Carsky M, Appelbaum A. „The role and structure of long-term hospitalization: chronic schizophrenia”, *Psychiatr Hosp* 16: 161 – 169, Myrin-Germeys I, Van Os **J,** Schwartz JE. „Emoţional reactivity to daily life stress în psychosis”, *Arch Gen Psychiatry* 58: 1137 – 1144, 2001 O’Brien C. „Group psychotherapy with schizophrenia and affective disorders”, în *Comprehensive Group Psychotherapy,* ediţia a 2-a. Editat de Kaplan HI, Sadock BJ, Baltimore, MD, Williams Wilkins, 1983, pp. 242 – 249 Ogden TH. „On the nature of schizophrenic conflict”, *Int Psychoanal* 61: 513 – 533, 1980

Ogden TH. „The schizophrenic state of nonexperience”, în *Technical Factors in the Treatment of the Severely Disturbed Patients.* Editat de Giovacchini PI, Boyer LB, New York, Jason Aronson, 1982, pp. 217 – 260 Ollin SS, Mednick SA. „Risk factors of psychosis: identifying vulnerable populations premorbidly”, *Schizophr Bull* 22: 223 – 240, 1996 Pao P-N. „Notes on Freud’s theory of schizophrenia”, *Int Psychoanal* 54: 469 – 476, 1973

Parker G, Johnston P, Hayward L. „Parental «expressed emotion» as a predictor of schizophrenic relapse”, *Arch Gen Psychiatry* 45: 806 – 813, 1988

Pedersen CB, Mortensen PB. „Evidence of a dose-

response relations hip between urbanicity during upbringing and schizophrenia risk". *Arch Gen Psychiatry* 58: 1039 – 1046, 2001 Penn DL, Mueser KT. „Research update on the psychosocial treatment of schizophrenia". *Am J Psychiatry* 153: 607 – 617, 1996 Plomin R, Defries JE, Mecleam GE. *Behavioral Genetics: A Primer,* ediţia a 2-a.

New York, WH Freeman, 1990 Robbins M. „Psychoanalytic and biological approaches to mental illness:

schizophrenia", *J Am Psychoanal Assoc* 40: 425 – 454, 1992 Rogers CR, Gendlin EL, Kiesler DJ et al. (ed.). *The Terapeutic Relations hip and Its Impact: A Study of Psychotherapy With Schizophrenics,* Madison, University of Wisconsin Press, 1967 Rosenfarb IS, Nuechterlein KH, Goldstein MJ et al., „Neurocognitive vulnerability, interpersonal criticism, and the emergence of unusual thinking by schizophrenic patients during family transactions", *Arch Gen Psychiatry* 57: 1174 – 1179, 2000 Rosenheck R, Tekell J, Peters J et al., „Does participation in psychosocial treatment augment the benefit of clozapine?", *Arch Gen Psychiatry* 55: 618 – 625, 1998

Rund BR. „Fully recovered schizophrenics: a retrospective study of some premorbid and treatment factors". *Psychiatry* 53: 127 – 139, 1990 Ruocchio OJ. „How psychotherapy can help the schizophrenic patient", *Hosp*

Community Psychiatry 40: 188 – 190, 1989 Sacks O. *Awakening,* New York, Harperperennial, 1990

Scott JE, Dixon LB. „Psychological interventions for schizophrenia", *Schizophr Bull* 21: 621 – 630, 1995 Searles HF. „Psychoanalytic therapy with schizophrenic patients în a private-practice context" (1976), în *Countertransference and Related Subjects: Selected Papers,* New York, International Universities Press, 1979, pp. 582 – 602

Selzer MA. „Preparing the chronic schizophrenic for

exploratory psychotherapy: the role of hospitalization", *Psychiatry* 46: 303 – 311, 1983

Selzer MA, Carsky M. „Treatment alliance and the chronic schizophrenic", *Am*

J Psychiatry 44: 506 – 515, 1990 Selzer MA, Sullivan TB, Carsky M et al., „Working With the Person With Schizophrenia: The Treatment Alliance", New York, New York University Press, 1989 Spohn HE, Lacoursiere RB, Thompson K et al., „Phenothiazine efects on psychological and psychophysiological dysfunction in chronic schizophrenics", *Arch Gen Psychiatry* 34: 633 – 644, 1977 Stanton AH, Gunderson JG, Knapp PH et al., „Efects of psychotherapy on schizophrenic patients, I: design and implementation of a controlled study", *Schizophr Bull* 10: 520 – 563, 1984 Strauss JS, Carpenter WT, Bartko JJ. „The diagnosis and understanding of schizophrenia, part III: speculations on the process that underlie schizophrenic symptoms and signs", *Schizophr Bull* 11: 61 – 69, 1974 Sullivan HS. *Schizophrenia as a Human Process*, New York, WW Norton, 1962 Tarrier N, Yusupoff L, Kinney C et al., „Randomised controlled trial of intensive cognitive-behaviour therapy for patients with chronic schizophrenia", BMJ 317: 303 – 307, 1998 Ticnari P, Wynnele, Moring J et al., „The Finnish Adoptive Family Study of Schizophrenia: implications for family research", *Br Psychiatry* 164 (supl. 23): 20 – 26, 1994 Ticnari P, Wynnele, Sorri A et al „Genotype-environment interactions in schizophrenia-spectrum disorder: long-term follow-up study of Finnish adoptees", *Br Psychiatry* 184: 216 – 222, 2004 Wahiberg K-E, Lyman CW, Oja H et al., „Gene-environment interaction in vulnerability to schizophrenia: findings from the Finnish Adoptive Family Study of Schizophrenia", *Am J Psychiatry* 154: 355 – 362, 1997 Wexler M. „Schizophrenia: conflict and deficiency", *Psychoanal* Q 40: 83 – 99, 1971

Capitolul 8

Abraham K, „A short study of the development of the libido, viewed în light of mental disorders” (1924), în *Selected Papers on Psychoanalysis,* Londra, Hogarth, 1927, pp. 418 – 501

Agid O, Shapiro B, Zistan J et al., „Environment and vulnerability to major psychiatric illness: a case control study of early parental loss în major depression, bipolar disorder, and schizophrenia”, *Mol Psychiatry* 4: 163 – 172, 1999

American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders,* ediţia a 3-a, Washington, DE, American Psychiatric Association, 1980

American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders,* ediţia a 4-a, Washington, DE, American Psychiatric Association, 1994

American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Mamml of Mental Disorders,* ediţia a 4-a, text revizuit, Washington, DE, American Psychiatric Association, 2000 American Psychiatric Association. *Practice Guideline far the Treatment of Patients With Borderline Personality Disorder,* Washington, DE, American Psychiatric Association, 2001 Arieti S. „Psychotherapy of severe depression”, *Am J Psychiatry* 134: 861 – 868, 1997

Asch SS. „Suicide and the hidden executioner”, *International Review of*

Psychoanalysis 7: 51 – 60, 1980 Barkham M, Shapiro DA, Hardy GE et al., „Psychotherapy în two plus one sessions: outcomes of a randomized controlled trial of cognitivebehavioral and psychodynamic-interpersonal therapy for subsyndromal depression”, / *Consult Clin Psychol* 67: 201 – 211, 1999 Bernet CZ, Stein MB.

„Relations hip în childhood maltreatment to the onsetting course of major depression in adulthood”, *Depress Anxiety* 9: 169 – 174, 1999

Betcher RW. „The treatment of depression in brief impatient group psychotherapy”, *Int Group Psychother* 33: 365 – 385, 1983 Bibring E. „The mechanism of depression”, în *Affective Disorders: Psychoanalytic Contributions to their Study.* Editat de Greenacre P, New York, International Universities Press, 1953, pp. 13 – 48 Bifulco A, Brown GW, Moran P et al., „Predicting depression in women: the role of past and present vulnerability”, *Psychol Med* 28: 39 – 50, 1998 Blatt SJ. „The differenţial efect of psychotherapy and psychoanalysis with anaclitic and introjective patients: the Menninger Psychotherapy Research Project revisited”, *J Am Psychoanal* Assoc 40: 691 – 724, 1992 Blatt SJ. „Contributions of psychoanalysis to the understanding and treatment of depression”, *J Am Psycoanal* Assoc 46: 723 – 752, 1998 Blatt SJ. *Experiences of Depression: Teoretical, Clinical and Research Perspectives.*

Washington, DE, American Psychological Association, 2004 Blatt SJ, Ford R, Berman WH et al., *Terapeutic Change: An Obiect Relations*

Perspective, New York, Plenum, 1994 Blatt SJ, Quinlan DIN, Pilkonis PA et al., „Impact of perfecţionism and the need for approval in the brief treatment of depression: the National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program revised”, *J Consult Clin Psychol* 63: 125 – 132, 1995 Bowlby J. *Attachment and Loss*, vol. 1: *Attachment.* New York, Basic Books, 1969 Brown G. „Life events and affective disorder: replications and limitations”.

Psychosom Med 55: 248 – 259, 1993 Brown G, Eales M. „Etiology of anxiety and depressive disorders în an inner-city population”, *Psychol Med* 23: 155 – 165, 1993

Bunch J, Barraclough B. „The influence of parental death and anniversaries upon suicide dates", *Br J Psychiatry* 118: 621 – 626, 1971 Burnard Y, Andreoli A, Kolatte et al., „Psychodynamic psychotherapy and clomipramine in the treatment of depression", *Psychiatr Serv* 53: 585 – 590, 2002

Busch FN, Rudden M, Shapiro T. *Psychodynamic Treatment of Depression.*

Washington, DE, American Psychiatric Publishing, 2004 Caspi A, Sugden K, Moffitt TE et al., „Influence of life stress on depression: moderation by a polymorphism in the 5-HTT gene", *Science* 301: 386 – 389, 2003

Chemtob CM, Hamada RS, Bauer G et al., „Patients suicides: frequency and impact on psychiatrists", *Am J Psychiatry* 145: 224 – 228, 1998. Clark DE, Fawcett J. „An empirically based model of suicide risk assessment for patients with affective disorder", în *Suicide and Clinical Practice.* Editat de Jacobs D, Washington, DE, American Psychiatric Press, 1992, pp. 55 – 73

Cooper PL, Murray L, Wilson A et al., „Controlled trial of the shortand long-term efect of psychological treatment of postpartum depression. 1: impact on maternal mood", *Br J Psychiatry* 182: 412 – 419, 2003 Cummings P, Koepsell TD. „Does owning a firearm increase or decrease the risk of death?", *JAMA* 280: 471 – 473, 1998 de Jonghe F, Kool S, van Aalst G et al., „Combining psychotherapy and antidepressants in the treatment of depression", *J Affect Disord* 64: 217 – 229, 2001

Dorpat TL. „Suicide, loss, and mourning", *Suicide Life Threat Behav* 3: 213 – 224, 1973

Duggan CF. Lee AS, Murray RM. „Do different subtypes of hospitalizând depressives have different long-term outcomes?", *Arch Gen Psychiatry* 48: 308 – 312, 1991

Ellicott A, Hammen C, Gitlin M et al., „Life events and the course of bipolar disorder", *Am J Psychiatry* 147:

1194 – 1198, 1990 Fenichel O. „The Psychoanalytic Theory of Neurosis", New York, WW Norton, 1945

Freud S. *The ego and the Id* (1923), în *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud,* vol. 19. Tradus şi editat de Strachey J, Londra, Hogarth Press, 1961, pp. 1 – 66

Freud S. *Mourning and Melancholia* (1923), în *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud,* vol. 14. Tradus şi editat de Strachey J, Londra, Hogarth Press, 1963, pp. 237 – 260 Gabbard GO. „The role of compulsiveness in the normal physician", *JAMA*

254: 2926 – 2929, 1985 Gabbard GO. *Psychodynamic Psychotherapy în clinical Practice,* ediţia a 3-a.

Washington, DE, American Psychiatric Press, 2000 Gallagher-Thompson D, Steffen AM. „Comparative efects of cognitivebehavioral and brief psychodynamic psychotherapies for depressed family caregivers", *J Consult Clin Psychol* 62: 543 – 549, 1994 Gerson S, Belin TR, Kaufman A et al., „Pharmacological and psychological treatments for depressed older patients: a metaanalysis and overview of recent findings", *Harv Rev Psychiatry* 7: 1 – 28, 1999 Ghaemi SN, Stoll ŞI, Pope HG. „Lack of insight în bipolar disorder: the acute manic episode", *J Nervment Dis* 183: 464 – 467, 1995 Gilman SE, Kawachi I, Fitzmaurice GM et al., „Family disruption in childhood and risk of adult depression", *Am Psychiatry* 160: 939 – 946, 2003 Goldstein RB, Black DW, Nasrallah A et al., „The prediction of suicide: sensitivity, specificity, and predictive value of a multimyriad model applied to suicide among 1, 906 patients with affective disorders", *Arch Gen Psychiatry* 48: 418 – 422, 1991 Guthrie E, Moorey J, Margison F et al., „Cost-effectiveness of brief psychodynamic-interpersonal therapy în high utilizers of psychiatric services", *Arch Gen Psychiatry* 56: 519 – 526, 1999 Guthrie E, Kapur N,

Macckway-Jones K et al., „Randomised controlled trial of brief psychological intervention after deliberate self poisoning", *BMJ* 323: 135 – 137, 2001

Hammen CL. „Stress and the course of unipolar and bipolar disorders", în *Does Stress Cause Psychiatric Illness?* Editat de Mazure CM, Washington, DE, American Psychiatric Press, 1995, pp. 87 – 110 Hammen C, Marks T, Mayol A et al., „Depressive self-schemas, life stress, and vulnerability to depression", *J Abnorm Psychol* 94: 308 – 319, 1985

Hammen C, Henry R, Daley S. „Depression and sensitization to stressors among young women as a function of childhood adversity", *J Consult Clin Psychol* 68: 782 – 787, 2000 Hayes AM, Castonguay LG, Goldfried MR. „Efectiveness of targeting vulnerability factors of depression in cognitive therapy", *J Consult Clin Psychol* 64: 623 – 627, 1996 Heim C, Newport DJ, Heit S et al., „Pituitary-adrenal and autonomic responses to stress în women after sexual and physical abuse în childhood", *JAMA* 284: 592 – 597, 2000 Hendin H. „Psychotherapy and suicide", în *Suicide în America,* New York, WW Norton, 1982, pp. 160 – 174

Hendin H, Haas AP, Maltsberger JT. „Factors contributing to therapists distress after the suicide of a patient". *Am Psychiatry* 161: 1442 – 1446, 2004

Henseler H. „Narcissism as a form of relations hip", în *Freud's On Narcissism: An Introduction.* Editat de Sandler J, Person ES, Fonagy P, New Haven, CT, Yale University Press, 1991, pp. 195 – 215 Hewitt PL, Newton J, Flett GL et al., „Perfecţionism and suicide ideation in adolescent psychiatric patients", / *Abnorm Child Psychol* 25: 95 – 101, 1997

Hilsenroth MJ, Ackerman SJ, Blagys MD et al., „Short-term psychodynamic psychotherapy for depression: an examination of statistical, clinically significant, and

technique-specific change", *Nervment Dis* 191: 349 – 357, 2003

Hirschfeld RMA, Russell JM. „Assessment and treatment of suicidal patients".

N Engl J Med 337: 910 – 915, 1997 Hooley JM, Teasdale JD. „Predictors of relapse în unipolar depressives: expressed emotion, marital distress, and perceived criticism", *J Abnorm Psychol* 98: 229 – 235, 1989 Hooley JM, Orley J, Teasdale JD. „Levels of expressed emotion and relapse în depressed patients", *Br Psychiatry* 148: 642 – 647, 1986 Isomet să eL, Heikkinen ME, Maittunen MJ et al., „The last appointment before suicide: is suicide intent communicated?", *Am Psychiatry* 152: 919 – 992, 1995

Jacobson E. „Psychotic identifications", în *Depression: Comparative Studies of Normal, Neurotic, and Psychotic Conditions,* Editat de Jacobson E, New York, International Universities Press, 1971 a, pp. 242 – 263 Jacobson E. „Transference problems în depressives", în *Depression: Comparative Studies of Normal, Neurotic, and Psychotic Conditions.* Editat de Jacobson E, New York, International Universities Press, 1971 b, pp. 284 – 301 Jamison KR. *An Unquiet Mind,* New York, Vintage Books, 1995 Jones EE, Pulos SM. „Comparing the process of psychodynamic and cognitive behavioral therapies", *Consult Clin Psychol* 61: 306 – 316, 1993 Karel MJ, Hinrichsen G. „Treatment of depression in late life: psychotherapeutic interventions", *Clin Psychol Rev* 20: 707 – 729, 2000 Keitner GI, Miller IW. „Family functioning and major depression: an overview". *Am J Psychiatry* 147: 1128 – 1137, 1990 Kendler KS, Neale ME, Kessler RE et al., „Childhood parental loss and adult psychopathology în women: a twin study perspective", *Arch Gen Psychiatry* 49: 109 – 116, 1992 Kendler KS, Kessler RE, Neale ME. „The prediction of major depression in women: toward an integrated etiological model", *Am Psychiatry* 150: 1139 –

1148, 1993 Kendler KS, Kessler RE, Walters EE et al., „Stressful life events, genetic liability, and onset of an episode of major depression in women", *Am J*

Psychiatry 152: 833 – 842, 1995 Kendler KS, Karkowski LM, Prescott ca „Causal relations hip between stressful life events and the onset of major depression", *Am Psychiatry* 156: 837 – 841, 1999 Kendler KS, Thornton LM, Prescott ca „Gender differences in the rates of exposure to stressful life events and sensitivity to their depressogenic efects", *Am J Psychiatry* 158: 587 – 593, 2001 Kendler KS, Hettema JM, Butera F et al., „Life event dimensions of loss, humiliation, entrapment, and danger in the prediction of onsets of major depression and generalizând anxiety", *Arch Gen Psychiatry* 60: 789 – 796, 2003

Klein M. „Mourning and its relation to manic-depressive states" (1940), în *Love, Guilt and Reparation and Other Works* 1921 – 1945, New York, Free Press, 1975, pp. 344 – 369

Kwon P. „Attribuţional style and psychodynamic defense mechanisms: toward an integrative model of depression", / *Pers* 67: 645 – 658, 1999 Kwon P, Lemmon KE. „Attribuţional style and defense mechanisms: a synthesis of cognitive and psychodynamic factors în depression", / *Clin Psychol* 56: 723 – 735, 2000 Leichsenring F. „Comparative efects of short-term psychodynamic psychotherapy and cognitive-behavioral therapy în depression: a metaanalytic approach", *Clin Psychol Rev* 21: 401 – 119, 2001 Lesse S. „Psychotherapy în combination with antidepressant drugs în severely depressed ouptatients: 20-year evaluation", *Am Psychother* 32: 48 – 73, 1978

Levitan RD, Parikh SV, Lesage AD et al., „Major depression in individuals with a history of childhood physical or sexual abuse: relations hip to neurovegetative

features, mania and gender", *Am J Psychiatry* 155: 1746 – 1752, 1998 Mai M. „Lithium prophylaxis of bipolar disorder în ordinary clinical conditions: patterns of long-termoutcome", în *Bipolar Disorders: Clinical Course and Outcome.* Editat de Goldberg JF, Harrow M, Washington, DE, American Psychiatric Press, 1999, pp. 21 – 37 Maltsberger JT, Buie DH. „Countertransference hate in the treatment of suicidal patients", *Arch Gen Psychiatry* 30: 625 – 633, 1974 Maxmen JS. „An educative model for impatient group therapy", *Int Group*

Psychother 28: 321 – 338, 1978 Meissner WW. *Psychotherapy and the Paranoid Process,* Northvale, NJ, Jason Aronson, 1986

Menninger KA. „Psychoanalytic aspects of suicide", *Int Psychoanal* 14: 376 – 390, 1933

Miklowitz DJ, Frank E. „New psychotherapies for bipolar disorder", în *Bipolar Disorders: Clinical Course and Outcome.* Editat de Goldberg JF, Harrow M. Washington, DE, American Psychiatric Press, 1999, pp. 57 – 84

Miklowitz DJ, George EL, Richard A et al., „A randomized study of family focused psychoeducation and pharmacotherapy in the ouptatient management of bipolar disorder", *Arch Gen Psychiatry* 60: 904 – 912, 2003

Miller M, Hemenway D. „The relations hip between firearms and suicide: a review of the literature", *Aggress Violent Behav* 4: 59 – 75, 1999 Mortensen PB, Pedersen CB, Melbye M et al., „Individual and familial risk factors for bipolar affective disorders în Denmark", *Arch Gen Psychiatry* 60: 1209 – 1215, 2003 Nemeroff CB. „The neurobiology of depression", *Sci Am* 278: 42 – 49, 1998 a Nemeroff CB. „Polypharmacology în psychiatry: good or bad?", *CNS Spectrum* 3: 19, 1998 b

Nemeroff C. „The preeminent role of early untoward experience on vulnerability to major psychiatric disorders:

the nature-nurture controversy revisited and soon to be resolved", *Mol Psychiatry* 4: 106 – 108, 1999

Nemeroff C. „The neurobiological conséquences of child abuse". Prezentare la a 156-a întâlnire anuală a American Psychiatric Association, San Francisco, CA, 17 – 22 mai 2003 Olin HS. „Psychotherapy of the chronically suicidal patient", *Am J Psychother* 30: 570 – 575, 1976

Phillips KA, Gunderson JG, Triebwasser J et al., „Reliability and validity of depressive personality disorder", *Am Psychiatry* 155: 1044 – 1048, 1998 Post RM, Rubinow EI, Unde TW et al., „Dysphoric mania: clinical and biological correlates", *Arch Gen Psychiatry* 46: 353 – 358, 1989 Reich JH, Green Al. „Efect of personality disorders on outcome of treatment".

JNervment Dis 179: 74 – 82, 1991 Richman J, Eyman JR. „Psychotherapy of suicide: individual, group, and family approaches", în *Understanding Suicide: The State of the Art.* Editat de Lester D, Philadelphia, PA, Charles C Thomas, 1990, pp. 139 – 158 Salzman C. „Integrating pharmacotherapy and psychotherapy in the treatment of a bipolar patient", *Am J Psychiatry* 155: 686 – 688, 1998 Sandler J, Joffe WG. „Notes on childhood depression", *Int Psychoanal* 46: 88 – 96, 1965

Searles HF. „The «dedicated physician» in the field of psychotherapy and psychoanalysis" (1967), în *Countertransference and Related Subjects,* Madison, CT, International Universities Press, 1979, pp. 71 – 88 Shapiro DA, Barkham M, Rees A et al., „Efects of treatment duration and severity of depression on the effectiveness of cognitive-behavioral and psychodynamic-interpersonal psychotherapy", *Consult Clin Psychol* 62: 522 – 534, 1994 Shapiro DA, Barkham M, Rees A et al., „Efects of treatment duration and severity of depression on the maintenance of gains after cognitive-behavioral and psychodynamic-interpersonal psychotherapy", *Consult Clin*

Psychol 63: 378 – 387, 1995 Shea MT, Pilkonis PA, Beckham E et al., „Personality disorders and treatment outcome in the NIMH Treatment of Depression Collaborative Research Program", *Am Psychiatry* 147: 711 – 718, 1990 Smith K. „Using a battery of tests to predict suicide în a long term hospital: a clinical analysis", *Omega* 13: 261 – 275, 1983 Smith K, Eyman J. „Ego structure and obiect differentiation in suicidal patients", în *Primitive Mental States of the Rorschach.* Editat de Lerner HD, Lerner PM, Madison, CT, International Universities Press, 1988, pp.175 – 202

Thase ME, Greenhouse JB, Frank E et al., „Treatment of major depression with psychotherapy or psychotherapy-pharmacotherapy combinations", *Arch Gen Psychiatry* 54: 1009 – 1015, 1997 Twemlow SW, Gabbard GO. „The lovesick therapist", în *Sexual Exploitation in Professional Relations hips.* Editat de Gabbard GO, Washington, DE, American Psychiatric Press, 1989, pp. 71 – 87 Vaillant GE, Vaillant CA „A cross-validation of two methods of investigating defenses", în *Ego Mechanisms of Defense: A Guide for Clinicians and Researchers.* Editat de Vaillant GE. Washington, DE, American Psychiatric Press, 1992, pp. 159 – 170 Vaughn CE, Leff JP. „The influence of family and social factors on the course of psychiatric illness: a comparison of schizophrenic patients and neurotic patients", *Br Psychiatry* 129: 125 – 137, 1976 Vythilingam M, Heim C, Newport J et al., „Childhood trauma associated with smaller hippocampal volume în women with major depression", *Am Psychiatry* 159: 2072 – 2080, 2002 Zee HJ. „Blindspots în recognizing serious suicidal intentions", *Bull Menninger Clin* 36: 551 – 555, 1972

Capitolul 9

Abend SM „Psychoanalytic psychotherapy", în

Handbook of Phobia Therapy: Rapid Symptom Relief în Anxiety Disorders. Editat de Lindemann C. Northvale, NJ, Jason Aronson, 1989, pp. 395 – 403 American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders,* ediţia a 3-a, Washington DC, American Psychiatric Association, 1980

American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders,* ediţia a 3-a, text revizuit, Washington DC, American Psychiatric Association, 1987 American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental*

Disorders, ediţia a 4-a, Washington DC, American Psychiatric Association, 1994

American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders,* ediţia a 4-a, text revizuit, Washington DC, American Psychiatric Association, 2000 Appelbaum SA. *The Anatomy of Change: A Menninger Report on Testing the effects of Psychotherapy,* New York, Plenum, 1977 Baer L, Jenike MA, „Introduction", în *Obsessive-Compulsive Disorders: Theory and Management.* Editat de Jenike MA, Baer L, Minichiello WC, Littleton, MA, PSG Publishing, 1986, pp. 1 – 9 Barber JP, Luborsky L. „A psychodynamic view of simple phobia and prescriptive matching: a commentary", *Psychotherapy* 28: 469 – 472, 1991 Barlow DH, Beck JG. „The psychosocial treatment of anxiety disorders: current status, future directions", în *Psychotherapy Research: Where Are We and Where Should We Go?* Editat de Williams JBW, Spitzer RL, New York, Guildford, 1984, pp. 29 – 69 Black A. „The natural history of obsessional neurosis", în *Obsessional States.*

Editat de Beech HR, Londra, Methuen, 1974, pp. 19 – 54 Breslau N, Davis GE, Andreski P et al., „Traumatic events and posttraumatic stress disorder în an urban population of young adults", *Arch Gen Psychiatry 48: 216* –

222, 1991 Breslau N, Kessler RE, Chilcoat HD et al., „Trauma and post traumatic stress disorder in the community: the 1996 Detroit Area Survey of Trauma", *Arch Gen Psychiatry* 55: 626 – 632, 1998 Brom D, Kléber RJ, Defares PB. „Brief psychotherapy for posttraumatic stress disorders", / *Consult Clin Psychol* 57: 607 – 612, 1998 Busch FN, Cooper AM, Klerman GL et al., „Neurophysiological, cognitivebehavioral, and psychoanalytic approaches to panic disorder: toward an integration", *Psychoanalytic Inquiry* 11: 316 – 332, 1991 Busch FN, Shear MK, Cooper AM et al., „An empirical study of defense mechanisms în panic disorder", *Nerv Ments Dis* 183: 299 – 303, 1995 Buttolph ML, Holland AD. „Obsessive-compulsive disorders în pregnancy and child-birth", în *Obsessive-Compulsive Disorders: Theory and Management,* ediţia a 2-a. Editat de Jenike MA, Baer L, Minichiello WC, Chicago, IL, Year Book Medical, 1990, pp. 89 – 95 Calvocoressi L, Lewis B, Harris M et al., „Family accommodation in obsessive-compulsive disorder", *Am Psychiatry* 152: 441 – 443, 1995 Clark DA. *Cognitive-Behavioral Therapy for OCD,* New York, Guilford, 2004 Clomipramine Collaborative Study Group. „Clomipramine in the treatment of patients with obsessive-compulsive disorder", *Arch Gen Psychiatry* 48: 730 – 738, 1991

Cooper AM. „Will neurobiology influence psychoanalysis?", *Am J Psychiatry*

142: 1395 – 1402, 1985 Comfield RB, Malen RL. „A multidimensional view of the obsessive character".

Compr Psychiatry 19: 73 – 78, 1978 Crits-Christoph P, Crits-Christoph K, Wolf-Palacio D et al., „Brief supportiveexpressive psychodynamic therapy for general anxiety disorder", în *Dynamic Therapies for Psychiatric Disorders (Axis I).* Editat de Barber JP, Crits-Christoph P, New York, Basic Books, 1995, pp. 43 – 83 Davidson JRT. „Recognition and treatment of posttraumatic stress

disorder".

JAMA 286: 584 – 587, 2001 Davidson JRT, Foa EB (ed.). „Epilogue", în *Posttraumatic Stress Disorder:* DSM-JV *and Beyond,* Washington, DE, American Psychiatric Press, 1993, pp. 229 – 235

Davidson JRT, Rothbaum BO, van der Kolk BA et al., „Multicenter, double-blind comparison of sertraline and placebo in the treatment of posttraumatic stress disorder", *Arch Gen Psychiatry* 58: 485 – 492, 2001

De Masi F. „The psychodynamic of panic attacks: a useful integration of psychoanalysis and neuroscience", *Int J Psychoanal* 85: 311 – 336, 2004 Elkins R, Rapoport JL, Lipsky A. „Obsessive-compulsive disorder of childhood and adolescence: a neurobiological viewpoint", *Am Acad Child Psychiatry* 19: 511 – 524, 1980 Faravelli C, Pallanti S. „Recent life events and panic disorder", *Am J Psychiatry* 146: 622 – 626, 1989

Foa EB, Davidson JRT, Frances A. „Expert consensus guideline series: treatment of posttraumatic stress disorder", / *Clin Psychiatry* 60: 1 – 76, 1999

Freud S. *Inhibitions, Symptoms and Anxiety* (1926), în *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud,* vol. 20. Tradus şi editat de Strachey J, Londra, Hogarth Press, 1959, pp. 75 – 175 Freud S. *On the Grounds for Detaching a Particular Syndrome from Neurasthenia under the Description* „anxiety neurosis" (1895), în *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud,* vol. 3. Tradus şi editat de Strachey J, Londra, Hogarth Press, 1962, pp. 85 – 117 Friedman MJ. „Biological approaches to the diagnosis and treatment of post-traumatic stress disorder", *J Trauma Stress* 4: 67 – 91, 1991 Fullerton CS, Ursano RJ, Wang L. „Acute stress disorder, post-traumatic stress disorder, and depression in disaster or rescue workers", *Am / Psychiatry* 161: 1370 – 1376, 2004 Gabbard

GO. „Psychodynamics of panic disorder and social phobia”, *Bull*

Menninger Clin 56 (supl. A): A3-A13, 1992 Gabbard GO, Nemiah JE. „Multiple determinants of anxiety in a patient with borderline personality disorder”, *Bidl Menninger Clin* 49: 161 – 172, 1985 Gaston L. „Dynamic therapy for post-traumatic stress disorder”, în *Dyanmic Therapies for Psychiatric Disorders (Axis I).* Editat de Barber JP, Crits-Christoph P, New York, Basic Books, 1995, pp. 161 – 192 Goisman RM, Goldenberg I, Vasile RG et al., „Comorbidity of anxiety disorders în a multicenter anxiety study”, *Compr Psychiatry* 36: 303 – 311, 1995

Greist JH, Jefferson JW. „Obsessive-compulsive disorder”, în *Treatment of Psychiatric Disorders,* ediţia a 2-a, vol. 2. Editat de Gabbard GO, Washington, DE, American Psychiatric Press, 1995, pp. 1477 – 1498 Griffin MG, Resick PA, Mechanic MB. „Obiective assessment of peritraumatic dissociation: psychophysiological indicators”, *Am Psychiatry* 154: 1081 – 1088, 1997 Hariri AR, Mattay VS, Tessitore A et al., „Serotonin transporter genetic variation and the response of the human amygdale”, *Science* 297: 400 – 403, 2002

Hendin H, Haas AP. „Suicide and guilt as manifestations of PTSD în Vietnam combat veterans”, *Am Psychiatry* 148: 586 – 591 Hirshfeld DR, Biederman J, Brody L et al., „Expressed emotion toward children with behavioral inhibition: association with maternal anxiety disorder”, *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 36: 910 – 91*1*, 1997 Hollander E, Schiffman E, Cohen B et al., „Signs of central nervous system dysfunction in obsessive-compulsive disorder”, *Arch Gen Psychiatry* 47: 27 – 32, 1990

Horrowitz MJ. *Stress Response Syndromes,* New York, Jason Aronson, 1976 Jenike MA. „Obsessive-compulsive disorder”, N *Engl J Med* 350: 259 – 264, 2004

Jenike MA, Baer L, Minichieillo WC (ed.). *Obsessive-Compulsive Disorders: Theory and Management,* Littleton, MA, PSG Publishing, 1986 Jenike MA, Breiter HE, Baer L et al., „Cerebral structural abnormalities în obsessive-compulsive disorder: a quantitative morphometric magnetic resonance imaging study", Arch Gen Psychiatry 53: 625 – 632, 1996

Kagan J, Reznick JS, Snidman N. „Biological bases of childhood shyness".

Science 240: 167 – 171, 1998 Karno M, Golding JM, Sorenson ZB. „The epidemiology of obsessivecompulsive disorder în five U.S. Communities", *Arch Gen Psychiatry* 45: 1094 – 1099, 1988

Kendler KS, Neale ME, Kessler RE et al., „Childhood parental loss and adult psychopathology în women: a twin study perspective", *Arch Gen Psychiatry* 49: 109 – 116, 1992 a Kendler KS, Neale ME, Kessler RE et al., „The genetic epidemiology of phobias în women: the inter-relations hip of agoraphobia, social phobia, situaţional phobia, and simple phobia", *Arch Gen Psychiatry* 49: 109 – 116, 1992 a

Kessler RE, Sonnega A, Bromet E et al., „Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey", *Arch Gen Psychiatry* 52: 1048 – 1060, 1995

Kilpatrick DG, Resnick HS. „Appendix III: a description of the posttraumatic stress disorder field trial", în *Posttraumatic Stress Disorder: DSMIV*

and Beyond. Editat de Davidson JRT, Foa EB, Washington, DE, American Psychiatric Press, 1993, pp. 243 – 250 Krystal H (ed.). *Massive Psychic Trauma,* New York, International Universities Press, 1968

Krystal H. „Psychoanalytic views on human emoţional damages", în *Post-Traumatic Stress Disorder. Psychological and Biological Sequelae.* Editat de van der Kolk BA, Washington, DE, American Psychiatric Press,

1984, pp. 1 – 28 Krystal H. *Integration and Self-Healing: Affect, Trauma, Alexithymia,* Hillsdale.

NJ, Analytic Press, 1988 Ledoux J. *The emotional Brain: The Mysterious Underpinings of Emoţional Life.*

Londra, Weidenfeld Nicolson, 1996 Lesch KP, Bengel D, Heils A et al., „Association of anxiety-related traits with a polymorphism in the serotonin transporter gene regulatory region", *Science* 274: 1527 – 1531, 1996 Lieb PT. „Integrating behavior modification and pharmacotherapy with the psychoanalytic treatment of obsessive-compulsive disorder: a case-study", *Psychoanalytic Inquiry* 21: 222 – 241, 2001 Lieb R, Wittchen FIU, Hofier M et al., „Parental psychopathology, parenting styles, and the risk of social phobia în offspring: a prospectivelongitudinal community study", *Arch Gen Psychiatry* 57: 859 – 866, 2000 Lieberman J. „Evidence for a biological hypothesis of obsessive-compulsive disorder", *Neuropsychobiology* 11: 14 – 21, 1984 Lindy JD. „Psychoanalytic psychotherapy of posttraumatic stress disorder: the nature of the terapeutic relations hip", în *Traumatic Stress: The effects of Overzvhelming Experience on Mind, Body, and Society.* Editat de Van der Kolk BA, Mefarlane AC, Weisaeth L, New York, Guildford, 1996, pp. 525 – 536

Lindy JD, Green BL, Grace ME et al., „Psychotherapy with survivors of the

Beverly Hills Supper Club fire", *Am J Psychother* 37: 593 – 610, 1983 Lindy JD, Grace ME, Green BL. „Building a conceptual bridge between civilian trauma and war trauma: preliminary psychological findings from a clinical sample of Vietnam veterans", în *Post-Traumatic Stress Disorder: Psychological and Biological Sequelae.* Editat de van der Kolk BA, Washington, DE, American Psychiatric Press, 1984, pp. 43 – 57 Malt UF, Olafsen OM. „Psychological appraisal and emoţional response to

physical înjury: a clinical, phenomenological study of 109 adults", *Psychiatrmed* 10: 117 – 134, 1992 Manassis K, Bradley S, Goldberg S et al., „Attachment în mothers with anxiety disorders and their children", / *Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 33: 1106 – 1113, 1994

March JS. „What constitutes a stressor? The «criterior *A*» issue", în *Posttraumatic Stress Disorder: DSM-IV and Beyond.* Editat de Davidson JRT, Foa EB, Washington, DE, American Psychiatric Press, 1993, pp. 37 – 54

Menally RJ, Shin LM. „Association of intelligence with severity of posttraumatic stress disorder symptoms în Vietnam combat veterans", *Am J Psychiatry* 152: 936 – 938, 1995 Meares R. „A specific developmental deficit în obsessive-compulsive disorder: the example of the wolf man", *Psychoanalytic Inquiry* 21: 289 – 319, 2001 Milrod B, „Unconscious pregnancy fantasies as an underlying dynamism în panic disorder", *J Am Psychoanal* Assoc 46: 673 – 790, 1998 Milrod B, Shear MK. „Psychodynamic treatment of panic: three case histories".

Hosp Community Psychiatry 42: 311 – 312, 1991 Milrod BL, Busch FN, Cooper AM et al., *Manual of Panic-Focused Psychodynamic*

Psychotherapy, Washington, DE, American Psychiatric Press, 1997 Milrod B, Busch F, Leon AC et al., „A pilot open trial of brief psychodynamic psychotherapy for panic disorder", *Journal of Psychotherapy Research* 10: 239 – 245, 2001

Milrod B, Leon AC, Shear MK. „Can interpersonal loss precipitate panic disorder?" (scrisoare). *Am J Psychiatry* 161: 758 – 759, 2004 Nemiah JE. „A psychoanalytic view of phobias", *Am J Psychoanal* 41: 115 – 120, 1981

Nemiah JE. „The psychodynamic view of anxiety", în *Diagnosis arid Treatment of Anxiety Disorders.* Editat de

Pasnau RO, Washington, DE, American Psychiatric Press, 1984, pp. 115 – 137 Nemiah JE. „Psychoneurotic disorders”, în *The New Harvard Guide to Psychiatry.*

Editat de Nicholi AM Jr, Cambridge, MA, Belknap Press of Harvard University Press, 1988, pp. 234 – 258 Neziroglu F, Anemone R, Yaryura-Tobias A. „Onset of obsessive-compulsive disorder în pregnancy”, *Am J Psychiatry* 149: 947 – 950, 1992 Peebles MJ. „Posttraumatic stress disorder: a historical perspective on diagnosis and treatment”. *Bull Menninger Clin 53: 274 – 286, 1989* Perry S, Difede J, Musngi G et al., „Predictors of posttraumatic stress disorder after burn înjury”, *Am J Psychiatry* 149: 931 – 935, 1992 Perse T. „Obsessive-compulsive disorder: a treatment review”, *J Clin Psychiatry* 49: 48 – 55, 1988

Pollard CA, Henderson JG. „Four types of social phobia în a community sample”, *J Nervment Dis* 176: 440 – 445, 1988 Purceii R, Marruf P, Kyrios M et al., „Neuropsychological deficits în obsessive-compulsive disorder: a comparison with unipolar depression, panic disorder, and normal controls”, *Arch Gen Psychiatry* 55: 415 – 423, 1998

Regier DA, Boyd JH, Burke JD et al., „One-month prevalence of mental disorders in the United States”, *Arch Gen Psychiatry* 45: 977 – 986, 1988 Reich JH. „DSM-III personality disorders and the outcome of treated panic disorder”, *Am Psychiatry* 145: 1149 – 1152, 1988 Rosenbaum JF, Biederman J, Boldue EA et al., „Comorbidity of parental anxiety disorders as a risk for childhood-onset anxiety în inhibited children”.

Am J Psychiatry 149: 475 – 481, 1992 Roy-Byrne PP, Geraci M, Unde TW. „Life events of the onset of panic disorder”, *Am J Psychiatry* 143: 1424 – 1427, 1986 Schneier FR, Johnson J, Hornig CD et al., „Social phobia: comorbidity and morbidity în an epidemiological sample”,

Arch Gen Psychiatry 49: 282 – 288, 1992

Schnyder U, Morgeli H, Klaghofer R et al., „Incidence and prediction of posttraumatic stress disorder symptoms în severely înjured accident victims". *Am J Psychiatry* 158: 594 – 599, 2001 Shear MK. „Factors in the etiology and pathogenesis of panic disorder: revisiting the attachment-separation paradigm", *Am Psychiatry* 153 (supl.): 125 – 136, 1996 Siegal RS, Rosen IC. „Character style and anxiety tolerance: a study of intrapsychic change", în *Research în Psychotherapy,* vol. 2. Editat de Strupp H, Luborsky L, Baltimore, MD, French-Bray Printing Co, 1962, pp. 206 – 217

Sifneos PE. *Short-Term Psychotherapy and Emoţional Crisis,* Cambridge, MA.

Harvard University Press, 1972 Sfneos PE. „The prevalence of «alexithymic» characteristics în psychosomatic patients", *Psychother Psychosom* 22: 257 – 262, 1973 Solomon SD, Gerrity EL, Muff AM. „Efficacy of treatment of posttraumatic stress disorder: an empirical review", *JAMA* 268: 633 – 638, 1992 Stein MB, Walker JR, Anderson G et al., „Childhood physical and sexual abuse în patients with anxiety disorders and in a community sample", *Am J Psychiatry* 153: 275 – 277, 1996 Stein MB, Mequaid JR, Pedrelli P et al., „Posttraumatic stress disorder in the primary care medical setting", *Gen Hosp Psychiatry* 22: 261 – 269, 2000 Tillfors M, Furmark T, Marteinsdottir I et al., „Cerebral blood flow în subjects with social phobia during stressful speaking tasks: a PET study", *Am J Psychiatry* 158: 1220 – 1226, 2001 Turner SM, Beidel DE, Nathan RS. „Biological factors în obsessive-compulsive disorder", *Psychol Bull* 97: 430 – 150, 1985 Tyrer P, Seivewright H, Johnson T. „The core elements of neurosis: mixed anxiety-depression (cothymia) and personality disorder", *J Personal Disord* 17: 129 – 138, 2003 Ursano RJ. „Posttraumatic stress disorder: the

stressor criterion" (comentariu).

J Nervment Dis 175: 273 – 275, 1987 Van Emmerik AA, Kamphuis JH, Hulsbosch AF et al., „Single session debriefing after psychological trauma: a metaanalysis", *Lancet* 360: 766 – 771, 2002

Venturello S, Berzega G, Maina G et al., „Premorbid conditions and precipitating events în early onset panic disorder", *Compr Psychiatry* 43: 28 – 36, 2002

West LJ, Coburn K. „Posttraumatic anxiety", în *Diagnosis and Treatment of*

Anxiety Disorders. Editat de Pasnau RO, Washington, DE, American Psychiatric Press, 1984, pp. 79 – 133 White K, Cole JO. „Is there a drug treatment for obsessive-compulsive disorder?" (Forum), *Harvment Health Lett* 5: 8, 1988 Wilborg IM, Dahl AA. „Does brief dynamic psychotherapy reduce the relapse rate of panic disorder?", *Arch Gen Psychiatric* 53: 689 – 694, 1996 Wong PS. „Anxiety, signal anxiety, and unconscious anticipation: neuroscientific evidence for an unconscious signal function in humans", / *Am Psychoanal Assoc* 47: 817 – 841, 1999 Zetin M, Kramer MA. „Obsessive-compulsive disorder", *Hosp Community*

Psychiatry 43: 689 – 699, 1992 Zetzel EI. *The Capacity for Emoţional Growth,* New York, International

Universities Press, 1970 Zitrin CM, Klein DF, Woerner MG. „Behavioral therapy, supportive psychotherapy, imipramine, and phobias", *Arch Gen Psychiatry* 35: 307 – 316, 1978

Capitolul 10

Alexander PE, Anderson CL, Brand B et al., „Adult attachment and long-term efects în survivors of incest", *Child Abuse Negl* 22: 45 – 61, 1998 Allen JG. „The spectrum of accuracy în memories of childhood trauma",

Harv

Rev Psychiatry 3: 84 – 95, 1995 Allen JG. *Traumatic Relations hips and Serious Mental Disorders,* New York, Wiley, **2001**

Allen JG, Console DA, Lewis L. „Dissociative detachment and memory impairment: reversible amnesia or encoding failure?", *Compr Psychiatry* 40: 160 – 171, 1999 American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders,* ediţia a 4-a, text revizuit, Washington, DE, American Psychiatric Association, 2000 Ariow A. „Depersonalization and derealization", în *Psychoanalysis – A Generat Psychology: Essays în Honor of Heinz Hartmann.* Editat de Loewenstein RM, Newman LM, Schur M et al., New York, International Universities Press, 1996, pp. 456 – 478 Arlow A. „Fantasy, memory, and reality testing", *Psychoanal Q* 38: 28 – 51, 1969 Barclay CR. „Schematization of autobiographical memory", în *Autobiographical Memory.* Editat de Rubin DE, New York, Cambridge University Press, 1986, pp. 82 – 99 Bigras J, Biggs KH. „Psychoanalysis as incestuous repetition: some technical considerations", în *Adult Analysis and Childhood Sexual Abuse.* Editat de Levine HB, Hillsdale, NJ, Analytic Press, 1990, pp. 173 – 196 Blank HR. „Depression, hypomania, and depersonalization", *Psychoanal Q* 23: 20 – 37, 1954

Bliss EL. „Multiple personalities: report of 14 cases with implications for schizophrenia and hysteria", *Arch Gen Psychiatry* 37: 1388 – 1397, 1980 Bremner JD, Marmar CR (ed.). *Trauma, Memory, and Dissociation,* Washington.

DE, American Psychiatric Press, 1998 Bremner JD, Randall P, Scott TM et al.", MRI-based measurement of hippocampal volume în patients with combat-related posttraumatic stress disorder", A*m J Psychiatry 1*52: 973 – 981, 1995 Brenneis CB. „Multiple personality: fantasy

proneness, demand characteristics, and indirect communication", P*sychoanalytic Psychology 1*3: 367 – 387, 1996 Brenneis CB. R*ecovered Memories of Trauma. Transferring the Presmt to the Past.*

Madison, CT, International Universities Press, 1997 Brener I. *Dissociation of Trauma: Theory, Phenomenology, and Technique,* Madison.

CT, International Universities Press, 2001 Brewin C. „Memory processes în posttraumatic stress disorder", *Int Rev*

Psychiatry 13: 159 – 163, 2001 Brodsky BS, Cloitre M, Dulit RA. „Relations hip of dissociation to self-mutilation and childhood abuse în borderline personality disorder", *Am Psychiatry* 152: 1788 – 1792*, 1995* Bromberg PM. „Hysteria, dissociation, and cure: Emmy von N revisited".

Psychoanalytic Dialogues 6: 55 – 71, 1996 Brown D, Schefiin AW, Hammond DE. *Memory, Trauma Treatment, and the Law.*

New York, WW Norton, 1998 Browne A, Finkelhor D. „Impact of child sexual abuse: a review of the research", *Psychol Bidl* 99: 66 – 77, 1986 Burnham DL. „The special-problem patient: victim or agent splitting?"

Psychiatry 29: 105 – 122, 1966 Cardeoa E, Spiegel D. „Dissociative reactions to the Bay Area earthquake", *Am*

J Psychiatry 150: 474 – 478, 1993 Carmen EH, Reiker PP, Mills T. „Victims of violence and psychiatric illness".

Am Psychiatry 141: 378 – 379, 1984 Clyman RB. „The procedural organization of emotions: a contribution from cognitive science to the psychoanalytic theory of terapeutic action", *Am Psychoanal Association* 39 (supl.): 349 – 382, 1991 Coons PM. „The dissociative disorders: rarely considered and underdiagnosed", *Psychiatr Clin North Am* 21: 637 – 648, 1998 Davies JM, Frawley MG. „Dissociative processes and

transferencecountertransference paradigms in the psychoanalytically oriented treatment of adult survivors of childhood sexual abuse", *Psychoalytic Dialogues* 2: 5 – 36, 1992 Dreissen M, Bedlo T, Mertens N et al., „Posttraumatic stress disorder and FMRI activation patterns în traumatic memory în patients with borderline personality disorder", *Biol Psychiatry* 55: 603 – 511, 2004 Edelman G. Bright Air, *Brilliant Fire. On the Matter of the Mind,* New York, Basic Books, 1992

Fairbairn WRD. „Schizoid factors in the personality" (1940), în *Psychoanalytic Studies of the Personality,* Londra, Routledge Kegan Paul, 1952, pp. 3 – 27

Fairbairn WRD. „Endopsychic structure considered în terms of obiectrelations hips" (1994), în *Psychoanalytic Studies of the Personality,* Londra, Routledge Kegan Paul, 1952, pp. 82 – 136 Fonagy P. „An attachment theory approach to treatment of the difficult patient", *Bidl Menninger Clin* 62: 147 – 169, 1998 Fonagy P. „Attachment Theory, New York, Other Press, 2001 Fonagy P, Target M. „Perspectives on the recovered memories debate", în *Recovered Memories of Abuse: True or False?* Editat de Sandler J, Fonagy P, Londra, Karnac Books, 1997 pp. 183 – 216 Fonagy *P,* Steele M, Steele H et al., „The capacity for understanding mental states: the reflective self în parent and child and its significance for security of attachment", *Infant Meni Health J* 12: 201 – 218, 1991 a Fonagy P, Steele M, Steele H et al., „Maternal representations of attachment during pregnancy predict the organization of infant-mother attachment at one year of age", *Child Dev* 62: 891 – 905, 1991 b Frankel FH. „Hypnotizability and dissociation", *Am J Psychiatry* 147: 823 – 829, 1990

Freinkel A, Koopman C, Spiegel D. „Dissociative symptoms în media eyewitnesses of execution", *Am Psychiatry* 151: 1335 – 1339, 1994 Freud S. *Remembering, Repeating and Working-Through* (further

recommendations on the technique of psycho-analysis 11) (1914), în *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud,* vol. 12. Tradus şi editat de Strachey J, Londra, Hogarth Press, 1958, pp. 145 – 156

Gabbard GO. „The treatment of the «special patient» în a psychoanalytic hospital", *International Review of Psychoanalysis* 13: 333 – 347, 1986 Gabbard GO. „Commentary on «Dissociative processes and transference-countertransference paradigms» by Jody Messier Davies and Mary Gail Frawley", *Psychoanalitic Dialogues 2: 37 – 47*, 1992 Gabbard GO. „Challenges in the analysis of adult patients with histories of childhood sexual abuse", *Canadian Journal of Psychoanalysis* 5: 1 – 25, 1997 Gabbard GO, Twemlow SW. *With the eyes of the Mind. An Empirical Analysis of*

Out-of-Body States, New York, Praeger, 1984 Gabbard GO, Wilkinson SM. *Management of Countertransference With Borderline*

Patients, Washington DC, American Psychiatric Press, 1994 Ganaway GK. „Historical versus narrative truth: clarifying the role of exogenous trauma in the etiology of DID and its variants", *Dissociation* 2: 205 – 220, 1989

Ganaway GK. „Hypnosis, dissociation and multiple personality disorder: a psycho-dynamic clinician's perspective". Lucrare prezentată la întâlnirea anuală a Society of Clinical and Experimental Hypnosis, Washington, DE, octombrie 1992 Ganzarain RE, Bucheles. J. *Fugitives of Incest: A Perspective From Psychoanalysis and Groups,* Madison. CT, International Universities Press, 1988 Gediman HK. „Seduction trauma: complemental intrapsychic and interpersonal perspectives on fantasy and reality", *Psychoanalytic Psychology* 8: 381 – 401, 1991 Gelinas DJ. „Unexpected resources în treating incest families", în *Family Resources: The Hidden Partner în*

Family Therapy, Editat de Karpel MA, New York, Guilford, 1986, pp. 327 – 358 Griffin MG, Resick PA, Mechanic MB. „Obiective assessment of peritraumatic dissociation: psychophysiological indicators”, *Am J Psychiatry* 154: 1081 – 1088, 1997 Grotstein JS. „Commentary on «Dissociative processes and transference-countertransference paradigms» by Jody Messier Davies and Mary Gail Frawley”, *Psychoanalytic Dialogues* 2: 61 – 76, 1992 Horowitz MJ. *Stress Response Syndromes,* ediţia a 2-a, Northvale, NJ, Jason Aronson, 1986

Jacobson E. „Depersonalization”, *J Am Psychoanal Assoc* 7: 581 – 610, 1959 Jang KL, Paris J, Zweig-Frank et al., „Twin study of dissociative experience”.

J Nervment Dis 186: 345 – 351, 1998 Kemberg OF. *Borderline Conditions and Pathological Narcissism,* New York, Jason Aronson, 1975

Killingmo B. „Conflict and deficit: implications for technique”, *Int J Psychoanal* 70: 65 – 79, 1989

Kisiel CL, Lyons JS. „Dissociation as a mediator of psychopathology among sexually abused children and adolescents”, *Am J Psychiatry* 158: 1034 – 1039, 2001 Kluft RP. „Treatment of multiple personality disorder: a study of 33 cases”.

Psychiatr Clin North Am 7: 9 – 29, 1984 Kluft RP. „The phenomenology and treatment of extremely complex multiple personality disorder”, *Dissociation* 1: 47 – 58, 1998 Kluft RP (ed.). *Incest-Related Syndromes of Adult Psychopathology,* Washington.

DE, American Psychiatric Press, 1990 Kluft RP. „Clinical presentations of multiple personality disorder”, *Psychiatr*

Clin North Am 14: 605 – 629, 1991 a Kluft RP. „Multiple personality”, în *American Psychiatric Press Review of Psychiatry,* vol. 10. Editat de Tasman A. Goldfinger SM. Washington, DE, American Psychiatric

Press, 1991 b, pp. 161 – 188 Kluft RP. „Hospital treatment of multiple personality disorder: an overview”.

Psychiatr Clin North Am 14: 695 – 719, 1991 c Kluft RP. „Thoughts on the psychodynamic psychotherapy of the dissociative disorders”, *The Psychodynamic Letter* 1: 1 – 5, 1991 d Koopman C, Classen C, Spiegel DA. „Predictors of posttraumatic stress symptoms among survivors of the Oakland/Berkeley, Calif, firestorm”, *Am J Psychiatry* 151: 888 – 894, 1994 Krystal JH, Bennett A, Bremner J et al., „Toward a cognitive neuroscience of dissociation and altered memory functions in post-traumatic stress disorder”, în *Neurobiologicai and Clinical Conséquences of Stress: From Normal Adaptation to PTSD.* Editat de Friedman M, Charney D, Deutch A. New York, Lippincott-Raven, 1995, pp. 239 – 269 Ledoux J. *The Synaptic Self: How Our Brains Become Who We Are,* New York.

Viking Penguin, 2002 Levine HB. „Clinical issues in the analysis of adults who were sexually abused as children”, în *Adult Analysis and Childhood Sexual Abuse.* Editat de Levine HB, Hillsdale, NJ, Analytic Press, *1990,* pp. 197 – 218 Lisman-Pieczański N. „Countertransference in the analysis of an adult who was sexually abused as a child”, în *Adult Analysis and Childhood Sexual Abuse.* Editat de Levine HB, Hillsdale, NJ, Analytic Press, 1990, pp. 137 – 147

Loewenstein RJ, Ross DR. „Multiple personality and psychoanalysis: an introduction”, *Psychoanalytic Inquiry* 12: 3 – 48, 1992 Macmillan HL, Fleming JE, Streiner DL. „Childhood abuse and lifetime psychopathology in a community sample”, *Am J Psychiatry* 158: 1878 – 1883, 2001 Marmar CR, Weiss DS, Schlenger WC et al., „Peritraumatic dissociation and posttraumatic stress în male Vietnam theater veterans”, *Am J Psychiatry* 151: 902 – 907, 1994 Marmer SS. „Multiple personality disorder; a psychoanalytic perspective”.

Psychiatr Clin North Am 14: 677 – 693, 1991 Modell AH. „Trauma, memory, and the terapeutic setting", *în Understanding Terapeutic Action: Psychodynamic Concepts of Cure* (Psychoanalytic Inquiry Series, vol. 15). Editat de Lifsonle. Hillsdale, NJ, Analytic Press, 1996, pp. 41 – 50 Morgan CA, Hazlett G, Wang S et al., „Symptoms of dissociation in humans experiencing acute, un controllable stress: a prospective investigation", *Am Psychiatry* 158: 1239 – 1247, 2001 Mulder RT, Beautrais AL, Joyce PR et al., „Relations hip between dissociation, childhood sexual abuse, childhood physical abuse, and mental illness în a generat population sample", *Am J Psychiatry* 155: 806 – 811, 1998 Nash MR, Hulseyte, Sexton ME et al., „Long-term sequelae of childhood sexual abuse: perceived family environment, psychopathology, and dissociation", J *Consult Clin Psychol* 61: 276 – 283, 1993 Nash MR, Neimeyer RA, Hulsey TL et al., „Psychopathology associated with sexual abuse: the importance of complementary designs and common ground", J *Consult Clin Psychol* 66: 568 – 571, 1998

Nelson EC, Health AC, Madden TAF et al., „Association between self-reported childhood sexual abuse and adverse psychosocial outcomes: results from a twin study", *Arch Gen Psychiatry* 59: 139 – 145, 2002 Nemiah JE. „Dissociative disorders (hysterical neuroses, dissociative type)", în *Comprehensive Textbook of Psychiatry,* ediţia a 5-a. Editat de Kaplan HI, Sadock BJ, Baltimore, MD, Williams Wilkins, 1989, pp. 1028 – 1044 Novick KK, Novick J. Postoedipal transformations: latency, adolescence, and patho-genesis, / *Am Psychoanal Assoc* 42: 143 – 169, 1994 Noyes R Jr, Hoenk PR, Kuperman S et al., „Depersonalization in accident victims and psychiatric patients", *J Nervment Dis* 164: 401 – 407, 1977 Ogden TH. *The Primitive Edge of Experience,* Northvale, NJ, Jason Aronson, 1989 Putnam FW. *Diagnosis and Treatment of*

Multiple Personality Disorder, New York, Guildford, 1989

Putnam FW. „Dissociative phenomena", în *American Psychiatric Press Revieiv of Psychiatry,* vol. 10. Editat de Tasman A, Goldfinger SM. Washington, DE, American Psychiatric Press, 1991, pp. 145 – 160 Putnam FW, Guroff JJ, Silberman EK, alţii. „The clinical phenomenology of multiple personality disorder: a review of 100 recent cases", J *Clin Psychiatry* 47: 285 – 293, 1986 Rauch ŞI, Shin LM. „Funcţional neuroimaging studies în posttraumatic stress disorder", *Ann N Y Acad Sci* 821: 83 – 98, 1997 Rosenfeld H. „Analysis of a schizophrenic state with depersonalization" (1947), în *Psychotic States: A Psycho-Analytic Approach,* New York, International Universities Press, 1966, pp. 13 – 33 Sarlin CN. „Depersonalization and derealization", J *Am Psychoanal Assoc* 10: 784 – 804, 1962

Siegal DJ. „Memory, trauma, and psychotherapy: a cognitive science view".

J *Psychother Pract Res* 4: 93 – 122, 1995 Silverman JG, Raj A, Mucci LA et al., „Dating and violence against adolescent girls and associated substance use, unhealthy weight control, sexual risk behavior, pregnancy and suicidality", *JAMA* 286: 572 – 579, 2001 Simeon D, Gross S, Guralmk o et al., „Feeling unreal: 30 cases of DSM-III-R

depersonalization disorder", *Am J Psychiatry* 154: 1107 – 1113, 1997 Simeon D, Guralnik O, Schmeidler J et al., „The role of childhood interpersonal trauma în depersonalization disordero, *Am J Psychiatry* 158: 1027 – 1033, 2001

Simeon D, Knutelska M, Nelson D et al., „Feeling unreal: a depersonalization disorder update of 117 cases", *J Clin Psychiatry* 64: 990 – 997, 2003 Spiegel D. „Multiple personality as a post-traumatic stress disorder", *Psychitr*

Clin North Am 7: 101 – 110, 1984 Spiegel D. „Trauma, dissociation, and hypnosis", în *Incest-Related*

Syndromes of Adidt Psychopathology. Editat de Kluft RP, Washington, DE, American Psychiatric Press, 1990, pp. 247 – 261 Spiegel D. „Dissociation and trauma", în *American Psychiatric Press Review of*

Psychiatry, vol. 10. Editat de Tasman A, Goldfinger SM. Washington, DE, American Psychiatric Press, 1991, pp. 261 – 275 Spiegel D. „Trauma, dissociation, and memory", *Ann N Y Acad Sci* 821: 225 – 237, 1997

Spiegel D, Fink R. „Hysterical psychosis and hypnotizability", *Am J Psychiatry* 136: 777 – 781, 1979

Spiegel D, Li D. „Dissociated cognition and disintegrated experience", în *Cognitive Science and Unconscious.* Editat de Stein DJ, Wahington, DE, American Psychiatric Press, 1997, pp. 177 – 187 Spiegel D, Scheflin AW. „Dissociated or fabricated? Psychiatric aspects of repressed memory în criminal and civil cases", *Int J Clin Exp Hypn* 42: 411 – 132, 1994

Squire LR. „Declarative and nondedarative memory: multiple brain systems supporting learning and memory", *J Cogn Neurosci* 4: 232 – 243, 1992 Stamin J. „Altered ego states allied to depersonalization", *Am Psychoanal Assoc* 10: 762 – 783, 1962

Steinberg M. „The spectrum of depersonalization: assessment and treatment, în American Psychiatric Press Review of Psychiatry", vol. 10. Editat de Tasman A, Goldfinger SM, Washington, DE, American Psychiatric Press, 1991, pp. 223 – 247 Steinberg M, Rounsaville B, Cicchetti D. „Detection of dissociative disorders în psychiatric patients by a screening instrument and a structured diagnostic interview", *Am J Psychiatry* 148: 1050 – 1054, 1991 Steingard S, Frankel FH. „Dissociation and psychotic symptoms". *Am J*

Psychiatry 142: 953 – 955, 1985 Target M. „Book review essay: the recovered memories controversy", *Int J*

Psychoanal 79: 1015 – 1028, 1998 Torch EM.

„Depersonalization syndrome: an overview”, *Psychiatr Q* 53: 249258, 1981

Van der Kolk BA. „The compulsion to repeat the trauma: re-enactment, revictimization, and masochism”, *Psychiatr Clin North Am* 12: 389 – 411, 1989

Van Ommeren M, de Jong JTVM, Sharma B et al., „Psychiatric disorders among tortured Bhutanese refugees în Nepal”, *Arch Gen Psychiatry* 58: 47**5, 2001**

Vythilingam M, Heim C, Newport J et al., „Childhood trauma associated with smaller hippocampal volume în women with major depression”, *Am J Psychiatry* 159: 2072 – 2080, 2002 Waller NG, Rossca „The prevalence and biometric structure of pathological dissociation in the general population: taxometric and behavioral genetic findings”, *Abnorm Psychol* 106: 499 – 510, 1997 Williams LM. „Recall of childhood trauma: a prospective study of women’s memories of child sexual abuse”, *Consult Clin Psychol* 62: 1167 – 1176, 1994

Yehuda R. „Sensitization of the hypothalamic-pituitary-adrenal axis în posttraumatic stress disorder”, *Ann N Y Acad Sci* 821: 57 – 75, 1997 Young WC. „Psychodynamics and dissociation: all that switches is not split”, *Dissociation* 1: 33 – 38, 1988

Capitolul 11

Abel GG, Becker JD, Cunningham-Rathner J et al., „Multiple paraphilic diagnoses among sex offenders”, *Bull Am Acad Psychiatry Law* 16: 153 – 168, 1988

Abraham G. „The psychodynamics of orgasm”, *Int J Psychoanal* 83: 325 – 33**8, 2002**

Ahimeyer S, Kleinsasser D, Stoner J et al., „Psychopathology of încarcerated sex offenders”, *J Personal Disord* 17: 306 – 318, 2003 American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental*

Disorders, ediţia a 3-a, revizuită, Washington DC, American Psychiatric Association, 1987 American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders,* ediţia a 4-a, text revizuit, Washington DC, American Psychiatric Association, 2000 Bartlik B, Kaplan P, Kaminetsky J et al., „Medications with the potenţial to enhance rexual responsivity în women", *Psychiatric Annals* 29: 46 – 52, 1999

Bergner RM. „Sexual compulsion as an attempted recovery from degradation:

theory and therapy", *Sex Marital Titer* 28: 373 – 387, 2002 Berlin FS, Malin HM, Thomas K. „Non-pedophilic and non-transvestic paraphilias", *Treatments of Psychiatric Disorders,* ediţia a 2-a. Editat de Gabbard GO, Washington, DE, American Psychiatric Press, 1995, pp. 1941 – 1958

Briken P, Mika E, Berner W. „Treatment of paraphilia with luteinizing-hormone releasing hormone agonists", / *Sex Marital Ther* 27: 45 – 55, 2001 Bower H. „The gender identify disorder in the DSM-IV classification: a critical evaluation", *Aust N ZJ Psychiatry* 35: 1 – 8, 2001 Brown GR, Wise în Costa PT et al., „Personality characteristics and sexual functioning of 188 cross-dressing men", *J Nervment Dis* 184: 265 – 273, 1996

Chasseguet-Smirgel J. „Perversion and the universal law", *International Reviezv of Psychoamlysis* 10: 293 – 301, 1983 Dunsieth NW, Nelson EB, Brusman-Lovins LA et al „Psychiatric and legal features of 113 men convicted of sexual offenses", / *Clin Psychiatry* 65: 293 – 300, 2004

Fagan P, Lehne G, Ştrand J et al., „Paraphilias", în *Oxford Textbook of Psychotherapy.* Editat de Gabbard GO, Beck J, Holmes J, Oxford, Anglia, Oxford University Press, 2005 Fairbairn WRD. *Psychoanalytic Studies of the Personality,* Londra, Routledge Kegan Paul, 1952

Fenichel O. *The Psychoanalytic Theory of Neurosis,* New York, WW Norton, 1945 Fogel GI, Meyers WA (ed.).

Perversions and Near-Perversions în clinical Practice: New Psychoanalytic Perspectives, New Haven, CT, Yale University Press, 1991

Freud S. *Three Essays on the Theory of Sexuality* (1905), în *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud,* vol 7. Tradus şi editat de Strachey J, Londra, Hogarth Press, 1953, pp. 123 – 245 Freud S. *Splitting of the ego in the Process of Defence* (1940), în *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud,* vol. 23. Tradus şi editat de Strachey J, Londra, Hogarth Press, 1964, pp.271 – 278

Ganzarain RE, Buchele B.J. „Incest perpetrators în group therapy: a psychodynamic perspective", *Bull Meninger Clin* 54: 295 – 310, 1990 Gelinas DJ. „Unexpected resources în treating incest families", în *Family Resources: The Hidden Partner în Family Therapy.* Editat de Karpel MA, New York, Guilford, 1986, pp. 327 – 358 Goldberg A. *The Problem of Perversion: The View of Self Psychology,* New Haven.

CT, Yale University Press, 1995 Greenacre P. „The transitional obiect and the fetish: with special reference to the role of illusion", *Int Psychoanal* 51: 447 – 456, 1970 Greenacre P. „Fetishism", în *Sexual Deviation,* ediţia a 2-a. Editat de Rosen I.

Oxford, Anglia, Oxford University Press, 1979, pp. 79 – 108 Groth AN, Birnbaum HJ. *Men Who Rape: The Psychology of the Offender,* New

York, Plenum, 1979 Hall GEN. „Sexual offender recidivism revisited: a metaanalysis of recent treatment studies", *J Consult Clin Psychol* 63: 802 – 809, 1995 Kaplan HS. *The New Sex Therapy: Active Treatment of Sexual Dysfunctions,* New

York, Brurmer/Mazel, 1974 Kaplan PIŞ. *Disorders of Sexual Desire and Other New Concepts and Tehniques în*

Sex Therapy, New York, Simon Schuster, 1979 Kaplan HS. „The psychosexual dysfunctions", în *Psychiatry,* ediţie revizuită, vol. 1: *The Personality Disorders and Neuroses.* Editat de Cavenar JO Jr, Cooper AM, Frances AI et al., Philadelphia, PA, JB Lippincott, 1986, pp. 467 – 479

Kaplan HS. „Intimacy disorders and sexual panic states", *Sex Marital Ther* 14: 3 – 12, 1988

Kaplan LJ. *Female Perversions: The Temptations of Emma Bovary,* New York, Doubleday, 1991

Kentsmith DK, Eaton MT. *Treating Sexual Problems în Medical Practice,* New

York, Arco, 1978

Kemberg OF. *Borderline Conditions and Pathological Narcissism*, New York, Jason Aronson, 1975

Kilmann PR, Boland JP, Norton SP et al., „Perspectives of sex therapyouteome: a survey of AASECT providers", *J Sex Marital Ther* 12: 116 – 138, 1986

Kohut H. *The Analysis of the Self: A Sistematic Approach to the Psychoanalytic Treatment of Narcissistic Personality Disorders,* New York, International Universities Press, 1971 Kohut H. *The Restoration of the Self,* New York, International Universities Press, 1977

Lansky MR, Davenport SE. „Difficulties of brief conjoint treatment of sexual dysfunction", *Am J Psychiatry* 132: 177 – 179, 1975 Laumann EO, Paik A, Rosen RE. „Sexual dysfunction in the United States:

prevalence and predictors", *JAMA* 281: 537 – 544, 1999 Lehne G, Money J. „The first case of paraphilia treated with Depo-Provera:

40-year outcome", *J Sex Educ Ther* 25: 213 – 220, 2000 Levine ZB. „Intrapsychic and individual aspects of sexual desire", în *Sexual Desire Disorders.* Editat de Leibâum SR, Rosen R, New York, Guilford, 1988, pp. 21 – 44

Marshall WL, Pithers WD. „A reconsideration of

treatment outcome with sex offenders", *Crim Justice Behav* 21: 10 – 27, 1994 Massie H, Szamberg N. „The ontogeny of a sexual fetish from birth to age 30 and memory processes: a research case report from a prospective longitudinal study", *Int J Psychoanal* 78: 755 – 771, 1997 Masters WH, Johnson V. *Human Sexual Inadequacy,* Boston, MA, Little, Brown, 1970

Meconaghy N. „Paedophilia: a review of the evidence", *Aust N ZJ Psychiatry* 32: 252 – 265, 1998

McDougall J. *Plea for a Measure of Abnormality,* New York, International

Universities Press, 1980 McDougall J. „Identifications, neoneeds and neosexualities", *Int J Psychoanal* 67: 19 – 31, 1986

McDougall J. *The Many Faces of Eros: A Psychoanalytic Exploration of Human*

Sexuality, New York, WW Norton, 1995 Miller JP. „How Kohut actually worked", *Progress în Self Psychology* 1: 13 – 30, 1985

Mitchell SA. *Relaţiorul Concepts în Psychoanalysis: An Integration,* Cambridge.

MA, Harvard University Press, 1988 Modell JG, May RS, Katholi CR. „Efect of bupropion SR on orgasmic dysfunction in non-depressed subjects: a pilot study", / *Sex Marital Ther* 26: 231 – 240, 2000 Moore TM, Strauss JI, Herman S et al., „Erectile dysfunction in early, middle, and late adulthood: symptom patterns and psychosocial correlates".

Sex Marital Ther 29: 381 – 399, 2003 Nersessian E. „A cât as fetish: a contribution to the theory of fetishism", *Int J*

Psychoanal 79: 713 – 725, 1998 O'Connor JF, Stern LO. „Results of treatment în funcţional sexual disorders".

N Y State J Med 72: 1927 – 1934, 1972 Ogden TH. „The perverse subiect of analysis", *J Am Psychoanal Assoc*

34: 1121 – 1146, 1996

Parsons M. „Sexuality and perversions 100 years on: discovering what Freud discovered", *Int Psychoanal* 81: 37 – 51, 2000 Paté JE, Gabbard GO. „Adult baby syndrome", *Am J Psychiatry* 160: 1932 – 1936, 2003

Person ES. „Paraphilias and gender identity disorders", în *Psychiatry,* ediţie revizuită, vol. 1: *The Personality Disorders and Neuroses.* Editat de Cavenar JO Jr, Cooper AM, Frances AI et al., Philadelphia, PA, JB Lippincott, 1986, pp. 447 – 465 Prentky RA, Knight RA, Lee AFS. „Risk factors associated with recidivism among extrafamilial child molesters", *J Consult Clin Psychol* 65: 141 – 149, 1997

Rappeport JR. „Enforced treatment: is it treatment?", *Bull Am Acad Psychiatry*

Law 2: 148 – 158, 1974 Raymond NE, Coleman E, Ohlerking F et al., „Psychiatric comorbidity în pedophilic sex offenders", *Am J Psychiatry* 156: 786 – 788, 1999 Reid WH. *The Treatment of Psychiatric Disorders: Revised for the DSM-III-R,* New

York, Brunner/Mazel, 1989 Reissing ED, Binik YM, Khalife S et al., „Etiological correlates of vaginismus: sexual and physical abuse, sexual knowledge, sexual self-schema, and relations hip adjustment", *J Sex Marital Ther* 29: 47 – 59, 2003 Rice ME, Quinsey VI, Harris GT. „Sexual recidivism among child molesters released from a maximum security psychiatric institution", *J Consult Clin Psychol* 59: 381 – 386, 1991 Rosen I (ed.). *Pathology and Treatment of Sexual Deviation: A Methodological*

Approach, Londra, Oxford University Press, 1964 Rosen I (ed.). Sexual Deviation, ediţia a 2-a. Londra, Oxford University Press, 1979

Rosier A, Witztum E. „Treatment of men with paraphilia with a long-acting analogue of gonadotropin-releasing hormone", *N Engl J Med* 338: 416 – 422, 1998

Sachs H. „On the genesis of perversions” (tradus de Goldberg RB), *Psychoanal Q* 55: 477 – 488, 1986

Scharff DE. „An obiect relations approach to inhibited sexual desire”, în Sexual Desire Disorders. Editat de Leiblum SR, Rosen R, New York, Guilford, 1988, pp. 45 – 74 Segraves RT, Croft H, Kavoussi R et al., „Bupropion sustained release for the treatment of hypoactive sexual desire disorder (HSDD) în non-depressed women”, *Sex Marital Ther* 27: 303 – 316, 2001 Simpson WS. „Psychoanalysis and sex therapy: a case report”, *Bull Menninger*

Clin 49: 565 – 582, 1985 Stoller RJ. *Perversion: The erotic Form of Hatred,* New York, Pantheon, 1975 Stoller RJ. *Observing the erotic Imagination,* New Haven, CT, Yale University Press, 1985

Stoller RJ. *Pain and Passion: A Psychoanalyst Explores the World of* S *and M,* New

York, Plenum, 1991 Stolorow RD, Atwood GE, Brandehaft B. „Masochism and its treatment”, *Bull*

Menninger Clin 52: 504 – 509, 1988 Winton MA. „Gender, sexual dysfunctions, and the Journal of Sex and Marital Therapy”, *J Sex Marital Ther* 27: 333 – 337, 2001

Capitolul 12

Bachar E, Latzer Y, Kreitler S et al „Empirical comparison of two psychological therapies – self psychology and cognitive orientation – in the treatment of anorexia and bulimia”, / *Psychother Pract Res* 8: 115 – 128, 1999

Balint M. *The Basic Fault: Terapeutic Aspects of Regression,* New York.

Brunner/Mazel, 1979 Bemporad JR, Ratey J. „Intensive psychotherapy of former anorexic individuals”, *Am J Psychother* 39: 454 – 466, 1985 Berridge KE,

Robinson T. „The mind of an adictive brain: neural sensitization of wanting versus liking", *Current Directions in Psychological Science* 4: 71 – 76, 1995

Blatt SJ, McDonald C, Sugarman A et al., „Psychodynamic theories of opiate adiction: new directions for research", *Clin Psychol Rev* 4: 159 – 189, 1984 a

Blatt SJ, Rounsaville B, Eyre şi et al., „The psychodynamics of opiate adiction".

J Nervment Dis 172: 342 – 352, 1984 b Boris HN. „On the treatment of anorexia nervosa", *Int J Psychoanal* 65: 435 – 442, 1984 a

Boris HN. „The problem of anorexia nervosa", *Int Psychoanal* 65: 315 – 322, 1984 b

Bromberg PM. „Treating patients with symptoms – and symptoms with patience: reflections on shame, dissociation, and eating disorders", *Psychoanalytic Dialogues* 11: 891 – 912, 2001 Brown S. *Treating the Alcoholic: A Developmental Model of Recovery,* New York, Wiley, 1985

Bruch H. *Eating Disorders: Obesity, Anorexia Nervosa, and the Person Within,* New

York, Basic Books, 1973 Bruch H. *The Golden Cage: The enigma of Anorexia Nervosa,* Cambridge, MA.

Harvard University Press, 1978 Bruch H. „Psychotherapy în anorexia nervosa", *Int J Eat Disord* 1: 3 – 14, 1982 Bruch H. „The changing picture of an illness: anorexia nervosa", în *Attachment and the Terapeutic Process.* Editat de Sacksteder JL, Schwartz DP, Akabane Y, Madison, CT, International Universities Press, 1987, pp. 205 – 222

Casillas A, Clark LA. „Dependency, impulsivity, and self-harm: traits hypothesized to underlie the association between Cluster B personality and substance use disorders", / *Personal Disorder* 16: 424 – 43**6, 2002**

Chessick RD, „Clinical notes toward the

understanding and intensive psychotherapy of adult eating disorders", *Annual of Psychoanalysis* 22/23: 301 – 322, 1985 Ciano R, Rocco PL, Angarano A et al., „Group-analytic and psychoeducational therapies for binge-eating disorder: an exploratory study on efficacy and persistence of efects", *Psychotherapy Research* 12: 231 – 239, 2002 Cooper DE. „The role of group psychotherapy in the treatment of substance abusers", *Am J Psychother* 41: 55 – 67, 1987 Cornelius JR, Salloum IM, Mezzich J et al., „Disproporţionate suicidality în patients with comorbid major depression and alcoholism", *Am J Psychiatry* 152: 358 – 364, 1995 Crits-Cristoph P, Siqueland L, Blaine J et al., „Psychosocial treatments for cocaine dependence: results of the National Institute on Drug Abuse Cocaine Collaborative Study", *Arch Gen Psychiatry* 56: 493 – 501, 1999 Dare C. „Psychoanalytic psychotherapy", în *Treatments of Psychiatric Disorders,* ediţia a 2-a, vol. 2. Editat de Gabbard GO, Washington, DE, American Psychiatric Press, 1995, pp. 2129 – 2152. Dodes LM. „Abstinence from alcohol în long-term individual psychotherapy with alcoholics", *Am J Psychother* 38: 248 – 256, 1984 Dodes LM. „The psychology of combining dynamic psychotherapy and

Alcoholics Anonymous", *Bull Menninger Clin* 52: 283 – 293, 1988 Dodes LM. „Adiction, helplessness, and narcissistic rage", *Psychoanal Q* 59: 398 – 419, 1990

Donovan JM. „An etiologic model of alcoholism", *Am J Psychiatry* 143: 1 – 11, 1986

Eisler I, Dare C, Russell GF et al., „Family and individual therapy în anorexia nervosa: a 5-year follow-up", *Arch Gen Psychiatry* 54: 1025 – 1030, 1997 Fairburn CG, Norman PA, Welch şi et al., „A prospective study of outcome and bulimia nervosa and the long-term efects of three psychological treatments", *Arch Gen Psychiatry* 52: 304 – 312, 1995 Fairburn CG, Welch ŞI, Doll HA et al.,

„Risk factors for bulimia nervosa: a community-based case-control study", *Arch Gen Psychiatry* 54: 509 – 517, 1997

Frances RJ, Mack AH, Borg L et al., „Psychodynamics", în *The American Psychiatric Publishing Textbook of Substance Abuse Treatment,* ediţia a 3-a. Editat de Galanter M, Kléber H, Washington, DE, American Psychiatric Publishing, 2004, pp. 337 – 352 Gabbard GO, Lazar SG, Homberger J et al., „The eeconomic impact of psychotherapy: a review", *Am J Psychiatry* 154: 147 – 155, 1997 Garfinkel PE, Garner DIN, *Anorexia Nervosa. A Multidimensional Perspective,* New

York, Brunner/Mazel, 1982 Garfinkel PE, Moldofsky H, Garner DIN. „The heterogeneity of anorexia nervosa: bulimia as a distinct subgroup", *Arch Gen Psychiatry* 37: 1036 – 1040, 1980

Gamer DIN, Garfinkel PE, Irvine MJ. „Integration and sequencing of treatment approaches for eating disorders", *Psychother Psychosom* 46: 67 – 75, 1986 Goodsitt A. WSelf-regulatory disturbances în eating disorders", *Int Eat Disord* 2: 51 – 60, 1983

Goodwin DW. „Alcoholism and heredity", *Arch Gen Psychiatry* 36: 57 – 61, 1979 Gorton GE, Akhtar S. „The relations hip between adiction and personality disorder: reappraisal and reflections", *Integrative Psychiatry* 10: 185 – 198, 1994

Grant BI, Stinson FS, Dawson BA et al., „Co-occurrence of 12-month alcohol and drug use disorders and personality disorders in the United States: results from the National Epidemiological Survey on Alcohol and Related Conditions", *Arch Gen Psychiatry* 61: 361 – 368, 2004 Grilo CM, Sanislow CA, Skodol SE et al., „Do eating disorders co-occur with personality disorders? Comparison groups matter", *Int J Eat Disord* 33: 155 – 164, 2003

Hall A, Crisp AH. „Brief psychotherapy in the treatment of anorexia nervosa: preliminary findings", în

Anorexia Nervosa: Recent Developments în Research. Editat de Darby PL, Garfinkel PE, Garner DIN et al., New York, Alan R Liss, 1983, pp. 427 – 439 Hall A, Slim E, Hawker F et al., „Anorexia nervosa: long-term outcome în 50

female patients", *Br Psychiatry* 145: 407 – 413, 1984 Halmi KA, Agras WS, Mitchell J et al., Relapse predictors of patients bulima nervosa who achieved abstinence through cognitive behavioral therapy", *Arch Gen Psychiatry* 59: 1105 – 1109, 2002 Harper-Giuffre H, Mackenzie KR, Sivitilli D. „Interpersonal group psychotherapy", în *Group Psychotherapy for Eating Disorders.* Editat de Harper-Giuffre H, Mackenzie KR, Washington, DE, American Psychiatric Press, 1992, pp. 105 – 145 Hsu LK. „Outcome of anorexia nervosa: a review of the literature (1954 to

1978)", *Arch Gen Psychiatry* 37: 1041 – 1046, 1980 Hsu LK. „The treatment of anorexia nervosa", *Am J Psychiatry* 143: 573 – 581, 1986

Hsu LK. „Outcome studies în patients with eating disorders", în *Psychiatric*

Treatment: Advances în Outcome Research. Editat de Mirin SM, Gossett JT, Grob ME, Washington, DE, American Psychiatric Press, 1991, pp. 159 – 180

Hsu LK, Crisp AH, Harding B. „Outcome of anorexia nervosa", *Lancet* 1: 61 – 65, 1979

Hughes P. „The use of the countertransference in the therapy of patients with anorexia nervosa", *European Eating Disorders Revieiv* 5: 258 – 269, 1997 Humphrey LL, Stern S. „Obiect relations and the family system în bulimia: a teoretical integration", *J Marital Fam Ther* 14: 337 – 350, 1988 Johnson B. „Three perspectives on adiction", *J Am Psychoanal Assoc* 47: 79 – 815, 1999

Johnson B. „Drug dreams: a neuropsychoanalytic hypothesis", *J Am Psychoanal*

Assoc 49: 75 – 96, 2001 Johnson C, Connors ME. *The etiology and Treatment of Bulimia Nervosa: A*

Biopsychosocial Perspective, New York, Basic Books, 1987 Johnson C, Tobin DL, Enright A. „Prevalence and clinical characteristics of borderline patients în an cating-disordered population", *J Clin Psychiatry* 50: 9 – 15, 1989 Joinerte, Heatherton TF, Keel PK. „Ten-year stability and predictive validity of five bulimia-related indicators", *Am J Psychiatry* 154: 1133 – 1138, 1997

Kandel DB, Kessler RE, Margulies RZ. „Antecedents of adolescent initiation into stages of drug use: a developmental analysis", în *Longitudinal Research on Drug Use.* Editat de Kandel DB, New York, Hemisphere, 1978, pp. 73 – 78

Kaplan AS, Woodside DB. „Biological aspects of anorexia nervosa and bulimia nervosa", *J Consult Clin Psychol* 55: 645 – 653, 1987 Keel PK, Mitchell J. „Outcome în bulimia nervosa", *AM J Psychiatry* 154: 313 – 321, 1997

Kendler KS, Heath AC, Neale ME et al –, „A population-based twin study of alcoholism în women", *JAMA* 268: 1877 – 1882, 1992 Kendler KS, Walters EE, Neale ME et al., „The structure of the genetic and environmental risk factors for six major psychiatric disorders în women: phobia, generalizând anxiety disorder, panic disorder, bulimia, major depression, and alcoholism", *Arch Gen Psychiatry* 52: 374 – 383, 1995

Kendler KS, Prescott CA, Myers J et al., „The structure of genetic and environmental risk factors for common psychiatric and substance use disorders în men and women", *Arch Gen Psychiatry* 60: 929 – 937, 2003

Khantzian EI. „Psychopathology, psychodynamics, and alcoholism", în *Encyclopedic Handbook of Alcoholism.* Editat de Pattison EM, Kaufman E, New York, Gardner, 1982, pp. 581 – 597 Khantzian EI. „Psychotherapeutic interventions with substance abusers: the clinical context",

J Subst Abuse Treat 2: 83 – 88, 1985 a Khantzian EI. „The self-medication hypothesis of adictive disorders: focus on heroin and cocaine dependence", *Am Psychiatry* 142: 1259 – 1264, 1985 b

Khantzian EI. „A contemporary psychodynamic approach to drug abuse treatment", *Am J Drug Alcohol Abuse* 12: 213 – 222, 1986 Khantzian EI. „The self-medication hypothesis of substance use disorders: a reconsideration and recent applications", *Harv Rev Psychiatry* 4: 231 – 244, 1997

Khantzian EI, Trece C. „DSM-m psychiatric diagnosis of narcotic adicts: recent findings", *Arch Gen Psychiatry* 42: 1067 – 1071, 1985 Kohut H. *The Analysis of the Self: A Sistematic Approach to the Psychoanalytic Treatment of Narcissistic Personality Disorders,* New York, International Universities Press, 1971 Kohut H. *How Does Analysis Cure?* Editat de Goldberg A, Chicago, IL.

University of Chicago Press, 1984 Krystal H. „Alexithymia and the effectiveness of psychoanalytic treatment".

Int J Psychoanal Psychother 9: 353 – 378, 1982 – 1983 Lieb RE, Thompson TL II. „Group psychotherapy of four anorexia nervosa impatients", *Int J Group Psychother* 34: 639 – 642, 1984 Liedtke R, Jäger B, Lempa W et al., „Therapy outcome of two treatment models for bulimia nervosa: preliminary results of a controlled study", *Psychother Psychosom* 56: 56 – 63, 1991 Mack JE. „Alcoholism, AA, and the governance of the self", în *Dynamic Approaches to the Understanding and Treatment of Alcoholism.* Editat de Bean MH, Zinberg NE. New York, Free Press, 1981, pp. 128 – 162 Maher MS. „Group therapy for anorexia nervosa", în *Current Treatment of Anorexia Nervosa and Bulimia.* Editat de Powers PS, Fernandez RE, Basel, Elveţia, S Karger, 1984, pp. 265 – 276 Mecrady BS, Langenbucher JW, „Alcohol treatment

and healthcare system reform", *Arch Gen Psychiatry* 53: 737 – 746, 1996 Melellan AT, Arndt IO, Metzger DS et al., „The effects of psychosocial services în substance abuse treatment", *JAMA* 269: 1953 – 1959, 1993 Mercer D, Woody GE. „Individual psychotherapy and counseling for adiction", în *The Oxford Textbook of Psychotherapy.* Editat de Gabbard GO, Beck J, Holmes J, Oxford, Anglia, Oxford University Press, 2005 Mintz IL. „Self-distructive behavior în anorexia nervosa and bulimia", în *Bulimia: Psyciwanalytic Treatmmt and Theory.* Editat de Schwartz HJ, Madison, CT, International Universities Press, 1988, pp. 127 – 171 Minuchin S, Rosman BL, Baker L. *Psychosomatic Families: Anorexia Nervosa în*

Context, Cambridge, MA, Harvard University Press, 1978 Mitchell JE, Pyle RL, Eckert ED et al., „A comparison study of antidepressants and structured intensive group psychotherapy in the treatment of bulimia nervosa", *Arch Gen Psychiatry* 47: 149 – 157, 1990

Mulder RT. „Alcoholism and personality", *Aust NZ Psychiatry* 36: 44 – 52, 2002 Murphy GE, Wetzel RD. „The lifetime risk of suicide în alcoholism", *Arch Gen*

Psychiatry 47: 383 – 392, 1990 Nathan PE. „The adictive personality is the behavior of the adict", *Consult*

Clin Psychol 56: 183 – 188, 1988 Nicholson B, Trece C. „Obiect relations and differenţial treatment response to methadone maintenance", *J Nervment Dis* 169: 424 – 429, 1981 Oesterheld JR, McKenna MS, Gould NB, „Group psychotherapy of bulimia: a critical review", *Int J Group Psychother* 37: 163 – 184, 1987 Pages KP, Russo JE, Roy-Byrne PP et al., „Determinants of suicidal ideation: the role of substance use disorders", *J Clin Psychiatry* 58: 510 – 515, 1997 Paton S, Kessler R, Kandel D. „Depressive mood and adolescent illicit drug use: a longitudinal analysis", *J Genet Psychol* 131: 267 – 289, 1977 Patton CJ. „Fear of abandonment and binge eating: a subliminal

psychodynamic activation investigation", *Nervment Dis* 180: 484 – 490, 1992

Polivy J. „Group psychotherapy as an adjunctive treatment for anorexia nervosa", / *Psychiatr Treat Eval* 3: 279 – 283, 1981 Powers PS. „Psychotherapy of anorexia nervosa", în *Current Treatment of Anorexia Nervosa and Bulimia.* Editat de Powers PS, Fernandez RE, Basel, Elveţia, S Karger, 1984, pp. 18 – 47 Prescott CA, Kendler KS. „Genetic and environmental contributions to alcohol abuse and dependence în a population-based sample of male twins", *AM Psychiatry* 156: 34 – 40, 1999 Project MATcH Research Group. „Matching alcoholism treatments to client heterogeneity: Project MATcH posttreatment drinking outcomes", *J Stud Alcohol* 58: 7 – 29, 1997 Regier DA, Farmer ME, Rae BS et al., „Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse: results from the epidemiologic Catchment Area (ERA) Study", *AMA* 264: 2511 – 2518, 1990 Reich G, Cierpka M. „Identify conflicts în bulimia nervosa: psychodynamic patterns and psychoanalytic treatment", *Psychoanalytic Inquiry* 18: 383 – 402, 1998

Rhee SH, Hewitt JK, Young SE et al., „Genetic and environmental influences on substance initiation, use, and problem use în adolescents", *Arch Gen Psychiatry* 60: 1256 – 1264, 2003 Rounsaville BJ, Weissman MM, Kléber H et al., „Heterogeneity of psychiatric diagnosis în treated opiate adicts", *Arch Gen Psychiatry* 39: 161 – 166, 1982

Rounsaville BJ, Anton SF, Carroll K et al., „Psychiatric diagnoses of treatment-seeking cocaine abusers", *Arch Gen Psychiatry* 48: 43 – 51, 1991

Rutherford MJ, Cacciola JS, Alterman Al et al., „Assessment of obiect relations and reality testing în methadone patients", *Am J Psychiatry*

153: 1189 – 1194, 1996 Sandahl C, Herlitz K, Ahlin G et al., „Time-limited group psychotherapy for moderately

alcohol dependent patients: a randomized controlled clinical trial", *Psychotherapy Research* 8: 361 – 378, 1998 Schuckit MA. „Genetics and the risk for alcoholism", *JAMA* 254: 2614 – 2617, 1985

Selvini Palazzoli M. *Self-Starvation: From Individual to Family Therapy in the Treatment of Anorexia Nervosa.* Tradus de Pomerans *A,* New York, Jason Aronson, 1978 Strober M, Humphrey LL. „Familial contributions to the etiology and course of anorexia nervosa and bulimia", *J Considt Clin Psychol* 55: 654 – 659, 1987

Sugarman S, Kurash C. „The body as a transitional obiect în bulimia", *Int J Eat*

Disord 1: 57 – 67, 1982 Sullivan PF, Bulik CM, Fear JL et al., „Outcome of anorexia nervosa: a case-control study". *Am J Psychiatry* 155: 939 – 946, 1998 Sutker PB, Allain AN. „Issues în personality conceptualizations of adictive behaviors", / *Consult Clin Psychol* 56: 172 – 182, 1988 Thompson-Brenner H, Glass S, Westen D. „A multidimensional metaanalysis of psychotherapy for bulimia nervosa", *J Clin Psychol* 10: 269 – 287, 2003

Trece C. „Assessment of ego functioning în studies of narcotic adiction", în *The Broad Scope of Ego Function Assessment.* Editat de Bellak L, Goldsmith LA. New York, Wiley, 1984, pp. 268 – 290 Trece C, Khantzian EI. „Psychodynamic factors in the development of drug dependence", *Psychiatr Clin North Am* 9: 399 – 412, 1986 Vaillant GE. „Dangers of psychotherapy in the treatment of alcoholism", în *Dynamic Approaches to the Understanding and Treatment of Alcoholism.* Editat de Bean MH, Zinberg NE, New York, Free Press, 1981, pp.36 – 54

Vaillant GE. *The Natural History of Alcoholism,* Cambridge, MA, Harvard

University Press, 1983 Vaillant GE. „The alcohol-dependent and drug-dependent person", în *The New Harvard Guide to Psychiatry.* Editat de Nicholi AM Jr,

Cambridge, MA, Belknap Press of Harvard University Press, 1988, pp. 700 – 713 Vitousek KM, Gray A. „Psychotherapy of eating disorders”, în *Oxford Textbook of Psychotherapy.* Editat de Gabbard GO, Beck J, Holmes A, Oxford, Anglia, Oxford University Press, 2005 Westen D, Hamden-Fischer J. „Personality profiles în eating disorders: rethinking the distinction between Axis I and Axis II”, *Am J Psychiatry* 158: 547 – 562, 2001

Williams G. „Reflections on some dynamics of eating disorders: «no entry»

defenses and foreign bodies”, *Int J Psychoanal* 78: 927 – 941, 1997 Wilson CP (ed.). *Fear of Being Fat: The Treabnent of Anorexia Nervosa and Bulimia.*

New York, Jason Aronson, 1983 Woody GE, Luborsky L, Melellan AT et al., „Psychotherapy for opiate adicts:

does it help?”, *Arch Gen Psychiatry* 40: 639 – 645, 1983 Woody GE, Melellan AT, Luborsky L et al., „Severity of psychiatric symptoms as a predictor of benefits from psychotherapy: the Veterans Administraţion-Penn Study”, *Am Psychiatry* 141: 1172 – 1177, 1984 Woody GE, Melellan AT, Luborsky L et al., „Sociopathy and psychotherapy outcome”, *Arch Gen Psychiatry* 42: 1081 – 1086, 1985 Woody GE, Melellan AT, Luborsky L et al., „Psychotherapy for substance abuse”, *Psychiatr Clin North Am* 9: 547 – 562, 1986 Woody GE, Melellan AT, Luborsky L et al., „Twelve-month follow-up of psychotherapy for opiate dependents”, *Am J Psychiatry* 144: 590 – 596, 1987

Woody GE, Melellan AT, Luborsky L et al., „Psychotherapy în community methadone programs: a validation study”, *Am Psychiatry* 152: 1302 – 1308, 1995 Woody GE, Gallop R, Luborsky L et al., „HIV risk reduction in the National Institute on Drug Abuse Cocaine Collaborative Treatment Study”, *Acquir Immune Defic Syndr* 33: 82 – 87, 2003 Wurmser L. „Psychoanalytic considerations of the etiology of compulsive drug use”, *Am*

Psychoanal Assoc 22: 820 – 843, 1974 Wurmser L. „Flight from conscience: experience with the psychoanalytic treatment of compulsive drug abusers, I: dynamic sequences, compulsive drug use", J *Subst Abuse Treat* 4: 157 – 168, 1987 a Wurmser L. „Flight from conscience: experience with the psychoanalytic treatment of compulsive drug abusers, îi dynamic and terapeutic conclusions from the experiences with psychoanalysis of drug losers", *J Subst Abuse Treat* 4: 169 – 179, 1987 b Yager J. „The treatment of bulimia: an overview", în *Current Treatment of Anorexia Nervosa and Bulimia.* Editat de Powers PS, Fernandez RE, Basel, Elveţia, S Karger, 1984, pp. 63 – 91

Capitolul 13

Abrams JE, Kaslow FW. „Learning disability and family dynamics: a mutual interaction", *J Clin Child Psychol* 5: 35 – 40, 1976 Allen JG, Colson DB, Coyne L. „Organic brain dysfunction and behavioral dyscontrol în difficult-to-treat psychiatric hospital patients", *Integr Psychiatry* 6: 120 – 130, 1988 American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders,* ediţia a 4-a, text revizuit, Washington, DE, American

Psychiatric Association, 2000 Ball JD. „Psychotherapy with head-injured patients", *Med Psychother* 1: 15 – 22, 1988

Bellak L. „Psychiatric states în adults with minimal brain dysfunction".

Psychiatr Ann 7: 575 – 589, 1977 Biederman J. „Attention-deficit/hyperactivity disorder: a life-span perspective", *J Clin Psychiatry 59* (supl. 7): 4 – 16, 1998 Biederman J, Faraone SV, Spence T et al., „Patterns of psychiatric comorbidity, cognition, and psychosocial

functioning în adults with attentiondeficit hyperactivity disorder", *Am J Psychiatry* 150: 1792 – 1798, 1993 Bryan JH, Sherman RE, Fisher A. „Learning disabled boys nonverbal behaviors within a dyadic interview", *Learning Disability Quarterly* 3: 65 – 72, 1980

Bryan T. „Learning disabled children's comprehension of nonverbal communication", *J Learn Disabil* 10: 501 – 506, 1977 Buchholz ES. „The legacy from childhood: considerations for treatment of the adult with learning disabilities", *Psychoanalytic Inquiry* 7: 43152, 1987 Butler RN. „The life review: an interpretation of reminiscence in the aged".

Journal of Psychiatry 26: 65 – 76, 1963 Cheston R. „Psychotherapeutic work with people with dementia: review of the literature", *Br J Med Psychol* 71: 211 – 231, 1998 Colson DB, Allen JG. „Organic brain dysfunction in difficult-to-treat psychiatric hospital patients", *Bull Menninger Clin* 50: 88 – 98, 1986 Doody RS, Stevens JE, Beck C et al., „Practice perimeter: management of dementia (an evidence-based review)", *Neurology* 56: 1154 – 1166, 2001 Gabbard GO. *Long-Term Psychodynamic Psychotherapy: A Basic Text,* Washington.

DE, American Psychiatric Publishing, 2004 Gamer J. „Psychotherapies and older adults", *Aust NZ Psychiatry* 37: 537 – 548, 2003

Gilmore K „A psychoanalytic perspective on attention deficit/hyperactivity disorder", / *Am Psychoanal Assoc* 48: 1259 – 1293, 2000 Goldstein K. „The effect of brain damage on the personality", *Psychiatry* 15: 245 – 260, 1952

Hartmann H. *Ego Psychology and the Problem of Adaptation* (1939). Tradus de

Rapaport D, New York, International Universities Press, 1958 Hartocollis P. „The syndrome of minimal brain dysfunction in young adult patients", *Bull Menninger Clin*

32: 102 – 114, 1968 Hausman C. „Dynamic psychotherapy with elderly demented patients”, în *Care-Giving în Dementia.* Editat de Jones GMM, Miesen BML, Londra, Tavistock/Routledge, 1992, pp. 181 – 198 Iked a M, Mori E, Hirono N et al., „Amnestic people with Alzheimer’s disease who remembered the Kobe earthquake”, *Br J Psychiatry* 172: 425 – 428, 1998

Kafka E. „Cognitive difficulties în psychoanalysis”, *Psychoanal Q* 53: 533 – 550, 1984

Lansky MR. „Family psychotherapy of the patient with chronic organic brain syndrome”, *Psychiatr Ann* 14: 121 – 129, 1984 Lewis L. „Individual psychotherapy with patients having combined psychological and neurological disorders”, *Bull Menninger Clin* 50: 75 – 87, 1986

Lewis L. „The role of psychological factors în disordered awareness”, în *Awareness of Deficit After Brain înjury: Clinical and Teoretical Issues.* Editat de Prigatano GP, Schachter DL, New York, Oxford University Press, 1991, pp. 223 – 239 Lewis L, Langer KG. „Symbolization in psychotherapy with patients who are disabled”, *Am Psychother* 48: 231 – 239, 1994 Lewis L, Rosenberg SJ. „Psychoanalytic psychotherapy with brain-injured adult psychiatric patients”, / *Nervment Dis* 17: 69 – 77, 1990 Martin RL. „Update on dementia of the Alzheimer type”, *Hosp Community*

Psychiatry 40: 593 – 604, 1989 Mittelman MS, Roth DL, Coon DW et al., „Sustained benefit of supportive intervention for depressive symptoms în caregivers of patients with Alzheimer’s disease”. *Am J Psychiatry* 161: 850 – 856, 2004 Morris J, Bleiberg J. „Neuropsychological rehabilitation and traditional psychotherapy”, *International Journal of Clinical Neuropsychology* 8: 133 – 135, 1986

Oddy M, Coughlan T, Tyreman A. „Social adjustment after closed head înjury: a further follow-up seven years

after înjury", *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 48: 564 – 568, 1985 Palombo J. „Perceptual deficits and self-esteem în adolescence", *Clin Sol Work J* 7: 34 – 61, 1979

Pickar DB. „Psychosocial aspects of learning disabilities: a review of research".

Bull Menninger Clin 50: 22 – 32, 1986 Poland WS. „The analyst's witnessing and otherness", *J Am Psychoanal Assoc* 48: 17 – 35, 2000

Prigatano GP. „Work, love, and play after brain înjury", *Bull Menninger Clin* 53: 414431, 1989

Prigatano GP, Klonoff PS. „Psychotherapy and neuropsychological assessment after brain înjury", / *Head Trauma Rehabil* 3: 45 – 56, 1988 Rothstein AA. „Neuropsychological dysfunction and psychological conflict".

Psychoanal Q 67: 218 – 239, 1998 Rothstein A, Glenn J (ed.). *Learning Disabilities and Psychic Conflict: A Psychoanalytic Casebook,* Madison, CT, International Universities Press, 1999

Small GW, Rabins PV, Barry PB et al., „Diagnosis and treatment of Alzheimer's disease and related disorders: consensus statement of the American Association for Geriatric Psychiatry, the Alzheimer's Association, and American Geriatric Society", *JAMA* 278: 1363 – 1371, 1997 Sperry RW, Zaidel E, Zaidel D. „Self-recognition and social awareness in the decormected minor hemispheres", *Neuropsychologic!* 17: 153 – 166, 1979 Stern DN. *The Interpersonal World of the Infant: A View From Psychoanalysis and*

Developmental Psychology, New York, Basic Books, 1985 Stern DN. *The Present Moment în Psychotherapy and Everyday Life,* New York, WW Norton, 2004

Stern JM. „The psychotherapeutic process with brain-injured patients: a dynamic approach", *Isr J Psychiatry Relat Sci* 22: 83 – 87, 1985 Weil AP. „Maturational

variations and genetic-dynamic issues", / *Am*

Psychoanal Assoc 26: 461 – 491, 1978 Weiner MI. „Dementia as a psychodynamic process", în *The Dementţias: Diagnosis and Management.* Editat de Weiner MI, Washington, DE, American Psychiatric Press, 1991, pp. 29 – 46 Weiner MI, Teri L. „Psychological and Behavioral Management", în *The Dementţias: Diagnosis and Management,* ed, a 3-a. Editat de Weiner MI, Lipton AM. Washington, DE, American Psychiatric Publishing, 2003, **pp.181 – 218**

Williams DDR, Garner J. „People with dementia can remember: implications for care", *Br J Psychiatry* 172: 379 – 380, 1998 Zabenko GS, Zabenko WN, Mepherson S. „A collaborative study of the emergence and clinical features of the major depressive syndrome of Alzheimer's disease", *Am J Psychiatry* 160: 857 – 866, 2003

Capitolul 14

Akhtar S. „Schizoid personality disorder: a synthesis of developmental, dynamic, and descriptive features", *Am Psychother* 61: 499 – 518, 1987 Akhtar S. „Paranoid personality disorder: synthesis of developmental, dynamic, and descriptive features", *Am J Psychother* 44: 5 – 25, 1990 American Psychiatric Association. *Diagiwstic and Statistical Manual of Mental Disorders,* ediţia a 4-a, text revizuit, Washington DC, American Psychiatric Association, 2000 Appel G. „An approach to the treatment of schizoid phenomena", *Psychoanal*

Rev 61: 99 – 113, 1974 Auchincloss EL, Weiss RW. „Paranoid character and the intolerance of indifference", *Am Psychoanal Assoc* 40: 1013 – 1037, 1992 Azima FJC. „Group psychotherapy with personality disorders", în *Comprehensive Group Psychotherapy,* ediţia a 2-a. Editat de Kaplan HI, Sadock BJ, Baltimore, MD, Williams Wilkins,

1983, pp. 262 – 268 Balint M. *The Basic Faidt: Terapeutic Aspects of Regression,* New York.

Brunner/Mazel, 1979 Beauford JE, Meniel DE, Binder RL. „Utility of the initial terapeutic alliance în evaluating psychiatric patients risk of violence", *Am Psychiatry* 154: 1272 – 1276, 1997 Blum HP. „Obiect inconstancy and paranoid conspiracy", *Am Psychoanal Assoc* 29: 789 – 813, 1981

Byne W, Buchsbaum MS, Kemether E et al., „Magnetic resonance imaging of the thalamic mediodorsal nucleus and pulvinar în schizophrenia and schizotypal personality disorder", *Arch Gen Psychiatry* 58: 133 – 14**0, 2001**

Cadenhead KS, Light GA, Geyer NA et al., „Neurobiological measures of schizotypal personality disorder: defining an inhibitory endophenotype", *Am Psychiatry* 159: 869 – 871, 2002 Eigen M. „Abstinence and the schizoid ego", *Int Psychoanal* 54: 493 – 498, 1973 Epstein L. „Countertransference with borderline patients", în *Countertransference.* Editat de Epstein L, Feiner AH, New York, Jason Aronson, 1979, pp.375 – 405 Epstein L. „An interpersonal-object relations perspective on working with distructive aggression", *Contemp Psychoanal* 20: 651 – 662, 1984 Fairbairn WRD. *An Obiect-Relations Theory of the Personality,* New York, Basic Books, 1954

Felthous AR. „Preventing assaults on a psychiatric impatient ward", *Hosp*

Community Psychiatry 35: 1223 – 1226, 1984 Freud S. „Psycho-analytic notes on an autobiographical account of a case of paranoia (dementia paranoides)" (1911), în *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud,* vol. 12. Tradus şi editat de Strachey J, Londra, Hogarth Press, 1958, pp. 1 – 82 Gabbard GO. „On «doing nothing» in the psychoanalytic treatment of the refractory borderline patient", *Int J Psychoanal* 70: 527 –

534, 1989 Gabbard GO. „Technical approaches to transference hate in the analysis of borderline patients”, *Int Psychoanal* 72: 625 – 637, 1991 Gabbard GO. *Love and Hate in the Analytic Setting,* Northvale, NJ, Jason Aronson, 1996

Grotstein JS. „The psychoanalytic concept of schizophrenia, I: the dilema”.

Int Psychoanal 58: 403 – 425, 1977 Gunderson JG. „DSM-III diagnoses of personality disorders”, în *Current Perspectives on Personality Disorders.* Editat de Frosch JP. Washington, DE, American Psychiatric Press, 1983, pp. 20 – 39 Guntrip H. *Schizoid Phenomena, Obiect-Relations, and the Self,* New York.

International Universities Press, 1968 Kendler KS, Gruenberg AM, Strauss JS. „An independent analysis of the Copenhagen sample of the Danish adoption study of schizophrenia, îi the relations hip between schizotypal personality disorder and schizophrenia”, *Arch Gen Psychiatry* 38: 982 – 984, 1981 Kendler KS, Meguire M, Gruenberg AM et al. „Schizotypal symptoms and signs in the Roscommon Family Study: the factors, structure and familia relations hip with psychotic and affective disorders”, *Arch Gen Psychiatry* 52: 296 – 303, 1995 Kety SS, Rosenthal D, Wender PH et al., „Mental illness in the biological and adoptive families of adopted schizophrenics”, *Am Psychiatry* 128: 302 – 306, 1971

Kinzel AF. „Violent behavior în prisons”, în *Dynamics of Violence.* Editat de

Fawcett J, Chicago, IL, American Medical Association, 1971 Koenigsberg HW, Reynolds D, Goodman M et al., „Risperidone in the treatment of schizotypal personality disorder”, *J Clin Psychiatry* 64: 628 – 634, 2003

Lawner P. „Character rigidity and resistance to awareness of the transference”.

Issues în Ego Psychology 8: 36 – 41, 1985 Madden

DJ, Lion JR, Penna MW. „Assaults on psychiatrists by patients", *Am*

J Psychiatry 133: 422 – 425, 1976 Meglashan TH. „The borderline syndrome, îi is it a variant of schizophrenia or affective disorder?", *Arch Gen Psychiatry* 40: 1319 – 1323, 1983 Meissner WW. „Psychotherapeutic schema based on the paranoid process".

Int J Psychoanal Psychother 5: 87 – 114, 1976 Meissner WW. *Psychotherapy and the Paranoid Process,* Northvale, NJ, Jason Aronson, 1986

Meissner WW. „Paranoid personality disorder", în *Treatments of Psychiatric Disorders,* ediţia a 2-a, vol. 2. Editat de Gabbard GO, Washington, DE, American Psychiatric Press, 1995, pp. 2249 – 2259 Nachmani G. „Hesitation, perplexity, and annoyance at opportunity", *Contemp*

Psychoanal 20: 448 – 457, 1984 Niznikiewicz MA, Shenton ME, Voginaier M. „Semantic dysfunction in women with schizotypal personality disorder", *Am J Psychiatry* 159: 1767 – 1774, 2002 O'Driscoll GA, Lezenweger MI, Holzman PS. „Antisaccades and smooth pursuit eye tracking and schizotypy", *Arch Gen Psychiatry* 55: 837 – 843, 1998 Ogden TH. *Projective Identification and Psychotherapeutic Technique,* New York.

Jason Aronson, 1982 Ogden în *The Matrix of the Mind: Obiect Relations and the Psychoanalytic*

Dialogue, Northvale, NJ, Jason Aronson, 1986 Oldham JM, Skodol SE. „Do patients with paranoid personality disorder seek psychoanalysis?", în *Paranoia: New Psychoanalytic Perspectives.* Editat de Oldham JM, Bône S. Madison, CT, International Universities Press, 1994, pp.151 – 166

Reich J, Braginsky Y. „Paranoid personality traits în a panic disorder population: a pilot study", *Compr Psychiatry* 35: 260 – 264, 1994 Roitman SEL, Corblatt BA,

Bergman A et al... „Attentional functioning în schizotypal personality disorder", *Am Psychiatry* 154: 655 – 660, 1997 Rosenthal D, Wender PH, Kety SS et al., „The adopted-away offspring of schizophrenics", *Am Psychiatry* 128: 307 – 311, 1971

Searles HF. *My Work With Borderline Patients,* Northvale, NJ, Jason Aronson, 1986

Shapiro D. Neurotic *Styles,* New York, Basic Books, 1965 Siever LJ, Silverman JM, Horvath TB et al., „Increased morbid risk for schizophrenia-related disorders în relatives of schizotypal personality disordered patients", *Arch Gen Psychiatry* 47: 634 – 640, 1990 Stone MH. „Psychotherapy with schizotypal borderline patients", *Am Acad*

Psychoanal 11: 87 – 111, 1983 Stone MH. „Schizotypal personality: psychotherapeutic aspects", *Schizophr Bull* 11: 576 – 589, 1985

Stone MH. „Schizoid and schizotypal personality disorders", în *Treatments of Psychiatric Disorders,* ediţia a 3-a, vol. 2. Editat de Gabbard GO, Washington, DE, American Psychiatric Publishing, 2001, pp. 2 237 – 2 250

Tardiff K, Marzuk PM, Leon AC et al., „Violence by patients admitted to a private psychiatric hospital", *Am J Psychiatry* 154: 88 – 93, 1997 Thoreau HD. „Walden" (1854), în *Walden and Other Writings of Henry David Thoreau.* Editat de Atkinson B, New York, The Modern Library, 1950, p. 290

Torgersen S, Kringlen I, Cramer V. „The prevalence of personality disorders în a community sample", *Arch Gen Psychiatry* 58: 590, 2001 Westen D. „Divergences between clinical and research methods for assessing personality disorders: implications for research and the evolution of Axis II", *Am J Psychiatry* 154: 895 – 903, 1997 Williams P, Haigh R, Fowler D. „Paranoid, schizoid, and schizotypal personality disorders", în *The Oxford Textbook of*

Psychotherapy. Editat de Gabbard GO, Beck J, Holmes A, Oxford, Anglia, Oxford University Press, 2005 Winnicott DW. „The observation of infants în a set situation" (1941), în *Through Paediatrics to Psycho-Analysis,* New York, Basic Books, 1958, pp, 52 – 69

Winnicott DW. „Communicating and not communicating leading to a study of certain opposites" (1963), în *The Maturational Processes and the Facilitating Environment: Studies in the Theory of Emoţional Development,* New Yok, International Universities Press, 1965, pp.179 – 192

Capitolul 15

Adler G. „The myth of the alliance with borderline patients", *Am J Psychiatry* 47: 642 – 645, 1979

Adler G. „Issues in the treatment of the borderline patient", în Kohut's Legacy: *Contributions to Self Psychology.* Editat de Stepansky PE, Goldberg A, Hilsdale, NJ, Analytic Press, 1984, pp. 117 – 134 Adler G, *Borderline Psychopathology and Its Treatment,* New York, Jason Aronson, 1985

Adler G, „Discussion: milieu treatment in the psychotherapy of the borderline patient: abandonment and containment", *Yearbook of Psychoanalysis arid Psychotherapy,* 2: 145 – 157, 1987 Akiskal HS, Chen SE, Davis GE et al., „Borderline: an adjective în search of a noun", / *Clin Psychiatry* 46: 41 – 48, 1985 Alexander PE, Anderson CL, Brand B et al., „Adult attachement and long-term efects în survivors of incest", *Child Abuse Negl* 22: 45 – 61, 1998 Allen JG. *Traumatic Relations hips and Serious Mental Disorders,* New York, Wiley, 2001

American Psychiatric Association, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders,* ediţia a 4-a, Washington DC, American Psychiatric Association, 1994

American Psychiatric Association, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders,* ediţia a 4-a, text revizuit, Washington DC, American Psychiatric Association, 2000 American Psychiatric Association, *Practice Guideline for the Treatment of Patients With Borderline Personality,* Washington DC, American Psychiatric Association, 2001

Andrulonis PA. „Disruptive behavior disorders în boys and the borderline personality disorder în men", *Ann Clin Psychiatry* 3: 23 – 26, 1991 Baker L, Silk KR, Westen D et al., „Malevolence, splitting and parental ratings by borderlines", *J Nerv Merit Dis* 180: 258 – 264, 1992 Baron-Cohen S, Ring HA, Wheelwright S et al., „Social intelligence in the normal and autistic brain: an FMRI study", *Eur / Neurosci* 11: 1891 – 1898, 1999

Bateman A, Fonagy P. „Efectiveness of parţial hospitalization in the treatment of borderline personality disorder: a randomized controlled trial", *Am Psychiatry* 156: 1563 – 1569, 1999 Bateman *A,* Fonagy P. „Treatment of borderline personality disorder with psychoanalytically oriented parţial hospitalization: an 18-month follow-up", *Am J Psychiatry* 158: 36 – 42, 2001 Bateman A, Fonagy P. „Health service utilization costs for borderline personality disorder patients treated with psychoanalytically oriented parţial hospitalization versus general psychiatric care", *Am f Psychiatry* 160: 169 – 171, 2003 Bateman AW, Fonagy P. „Mentalization-based treatment of BPD", / *Personal*

Disorder 18: 36 – 51, 2004 a Bateman A, Fonagy P, *Psychoterapy for Borderline Personality* Disorder;

Mentalization-Based Treatment, Oxford, Anglia, Oxford University

Press, 2004 b

Battle CL, Shea MT, Johnson DIN et al., „Childhood maltreatment associated with adult personality disorders: findings from the Collaborative Longitudinal Personality Disorder Study", *J Personal Disord* 18: 193 – 211, 2004

Bogenschutz MP, Nürnberg GH. „Olazapine versus placebo in the treatment of borderline personality disorder”, *Clin Psychiatry* 65: 104 – 109, 2004 Brown ŞI. „Family therapy and the borderline patient”, în *The Borderline Patient: Emerging Concepts în Diagnosis, Psychodynamics and Treatment,* vol. 2. Editat de Grotstein JS, Solomon MI, Lang A. Hillsdale, NJ, Analytic Press, 1987, pp. 206 – 209 Burnham DL. „The special-problem patient: victim or agent of splitting?”

Psychiatry 29: 105 – 122, 1966 Calarge C, Andreasen NE, O’Leary DS. „Visualizing how one brain understands another: a PET study of theory of mind”, *Am Psychiatry* 160: 1954 – 1964, 2003 Caseman PL. „On Learning From the Patient”, Londra, Tavistock, 1985 Clarkin JF, Foelsch PA, Levy KN et al., „The development of a psychodynamic treatment for patients with borderline personality disorder: a preliminary study of behavioral change”, *J Personal Disorder* 15: 487 – 495, 2001

Clarkin JF, Levy KN, Lenzenweger MI et al., „The Personality Disorders Institute/ Borderline Personality Disorder Research Foundation randomized control trial for borderline personality disorder: raţional, methods, and patient characteristics”, J *Personal Disord* 18: 52 – 72, 2004 Cloninger CR, Svrakic DIN, Pryzbeck TR. „A psychobiological model of temperament and character”, *Arch Gen Psychiatry* 50: 975 – 990, 1993 Coccaro EL, Kavoussi RJ. „Huoxetine and impulsive aggressive behavior în personality disordered subjects”, *Arch Gen Psychiatry* 54: 1081 – 108*8, 1997*

Coccaro EL, Siever LJ, Klar HM et al., „Serotonergic studies în patients with affective and personality disorders: correlates with suicidal and impulsive aggressive behavior”, *Arch Gen Psychiatry* 46: 587 – 599, 1989 Colson DB, Lewis L, Horwitz L. „Negative outcome în psychotherapy and psychoanalysis”, în *Negative Outcome*

în Psychotherapy and What to Do About It. Editat de Mays DT, Frank CM, New York, Springer, 1985, pp. 59 – 75

Cowdry RW, Gardner DL. „Pharmacotherapy of borderline personality disorder: alprazolam, carbamazepine, trifluoperazine and tranylcypromine", *Arch Gen Psychiatry* 45: 111 – 119, 1988 Day M, Semrad E. „Group therapy with neurotics and psychotics", în *Comprehensive Group Psychotherapy.* Editat de Kaplan HI, Sadock B.J. Baltimore, MD, Williams Wilkins, 1971, pp. 566 – 580 Dolan BM, Evans C, Norton K. „The Separation-Individualion Inventory:

association with borderline phenomena", / *Nervment Dis* 180: 529 – 533, 1992

Dolan B, Warren F, Norton K. „Change în borderline symptoms one year after terapeutic community treatment for severe personality disorder", *Br J Psychiatry* 171: 274 – 279, 1997 Donegan NH, Sanislow CA, Blumberg HP et al., „Amygdala hyperreactivity în borderline personality disorder: implications for emoţional dysregulation", *Biol Psychiatry* 54: 1284 – 1293, 2003 Dorpat TL, Ripley HS. „The relations hip between attempted suicide and committed suicide", *Compr Psychiatry* 8: 74 – 79, 1967 Driessen M, Herrmann J, Stahl K. „Magnetic resonance imaging volumes of the hippocampus and the amygdala în women with borderline personality disorder and early traumatization", *Arch Gen Psychiatry* 57: 1115 – 1122, 2000

Eyman JR, Gabbbard GO. „Will therapist-patient sex prevent suicide?"

Psychiatry Ann 21: 669 – 674, 1991 Figueroa E, Silk KR. „Biological implications of childhood sexual abuse în borderline personality disorder", *Personal Disord* 11: 71 – 92, 1997 Fonagy P. „An attachment theory approach to treatment of the difficult patient", *Bull Menninger Clin* 62: 147 – 169, 1998 Fonagy P. *Attachment Theory and*

Psychoanalysis, New York, Other Press, 2001 Fonagy P, Target M. „Playing with reality. III: the persistence of dual psychic reality în borderline patients", *Int J Psychoanal* 81: 853 – 874, 2000 Fonagy P, Leigh T, Steele M et al., „The relations hip of attachment status, psychiatric classification and response to psychotherapy", *J Consult Clin Psychol* 64: 22 – 31, 1996 Fonagy P, Steele H, Steele M et al., *Reflective Functioning Manual, Version 4.1, for Application to Adult Attachment Interviews,* Londra, England, University of London, 1997 Frank AF. „The terapeutic alliances of borderline patients", în *Borderline Personality Disorder: Clinical and Empirical Perspectives.* Editat de Clarkin JF, Marziali B, Munroe-Blum H. New York, Guilford, 1992, pp. 220 – 247

Frank H, Hoffman N. „Borderline empathy: an empirical investigation", *Compr*

Psychiatry 27: 387 – 395, 1986 Frank H, Paris J. „Recollections of family experience în borderline patients".

Arch Gen Psychiatry 38: 1031 – 1034, 1981 Frankenburg Fr, Zanarini ME. „Clozapine treatment of borderline patients: a preliminary study", *Compr Psychiatry,* 34: 402 – 405, 1993 Frith CD, Frith U. „Interacting minds: a biological basis", *Science* 286: 1692 – 1695, 1999

Gabbard GO. „The treatment of the «special» patient în a psychoanalytic hospital", *International Review of Psychoanalysis* 13: 333 – 347, 1986 Gabbard GO. „On «doing nothing» in the psychoanalytic treatment of the refractory borderline patient", *Int J Psychoanal* 70: 527 – 534, 1989 a Gabbard GO. „Patients who hate", *Psychiatry* 52: 96 – 106, 1989 b Gabbard GO (ed.). *Sexual Exploitation in Professional Relations hips,* Washington.

DE, American Psychiatric Press, 1989 c Gabbard GO. WAN overview of countertransference with borderline patients".

J Psychother Pract Res 2: 7 – 18, 1993 Gabbard GO. *Love and Hate in the Analytic Setting,* Northvale, NJ, Jason Aronson, 1996

Gabbard GO. „Borderline personality disorder and raţional managed care policy", *Psychoanalytic Inquiry 17* (supl.): 17 – 28, 1997 Gabbard GO. „Treatment-resistant borderline personality disorder", *Psychiatr*

Ann 28: 651 – 656, 1998 Gabbard GO. „Combining medication with psychotherapy în treatment of personality disorders", în *Psychotherapy ofperso? tality Disorders (Reoiew of Psychiatry Series:* Oldham JM şi Riba MB, ed. Serie), vol. 19. Editat de Gunderson JG, Gabbard GO, Washington, DE, American Psychiatric Press, 2000, pp. 65 – 90 Gabbard GO. „Mişcarriages of psychoanalytic treatment with suicidal patients", *Int J Psychoanal* 84: 249 – 261, 2003 Gabbard GO. „Mind, brain and personality disorders", *Am J Psychiatry* (sub tipar)

Gabbard GO, Wilkinson SM. „Management of Countertransference With Borderline Patients", Washington, DE, American Psychiatry Press, 1994

Gabbard GO, Horwitz L, Frieswyk S et al., „The effect of therapist interventions on the terapeutic alliance with borderline patients", / *Am Psychoanal Assoc* 36: 697 – 727, 1988 Gabbard GO, Horwitz L, Allen JG et al., „Transference interpretation in the psychotherapy of borderline patients: a high-risk, high-gain phenomenon", *Harv Rev Psychiatry* 2: 59 – 69, 1994 Gabbard GO, Coyne L, Allen JG et al., „Evaluation of intensive impatient treatment of patients with severe personality disorders", *Psychiatr Serv* 51: 893 – 898, 2000 Gallagher HL, Happe F, Brunswick N, et al., „Reading the mind în cartoons and stories: an FMRI study of «theory of mind» în verbal and nonverbal tasks", *Neuropsychologic* 38: 11 – 21, 2000 Ganzarain RE. „Psychotic-like anxieties and primitive defenses în group analytic psychotherapy", Issues *în Ego*

Psychology 3: 42 – 48, 1980 Gardner DL, Cowdry RW. „Alprazolam-induced dyscontrol în borderline personality disorder”, *Am J Psychiatry* 142: 98 – 100, 1985 Goel V, Grafman J, Sadato N et al., „Modeling other minds”, *Neuroreport* 6: 1741 – 1746, 1995

Goldberg RL, Mann LS, Wise în et al., „Parental qualities as perceived by borderline personality disorders”, *Hillside J Gin Psychiatry* 7: 134 r-140, 1985

Gorney JE. „The negative terapeutic interaction”, *Contemp Psychoanal* 15: 288 – 337, 1979

Grinker RR Jr, Werble B, Drye RE. *The Borderline Syndrome. A Behavioral Study of Ego-Functions,* New York, Basic Books, 1968 Gunderson JG. „Studies of borderline patients în psychotherapy”, în *Handbook of Borderline Disordrs.* Editat de Silver D, Rosenbluth M, Madison, CT, International Universities Press, 1992, pp. 291 – 305 Gunderson JG. „The borderline patient’s intolerance of aloneness: insecure attachments and therapist availability”, *Am J Psychiatry* 153: 752 – 758, 1996

Gunderson JG. *Borderline Personality Disorder: A Clinical Guide,* Washington.

DE, American Psychiatric Publishing, 2001 Gunderson JG, Chu A. „Treatment implications of past trauma în borderline personality disorder”, *Harv Rev Psychiatry* 1: 75 – 81, 1993 Gunderson JG, Englund DW. „Characterizing the families of borderlines: a review of the literature”, *Psychiatr Clin North Am* 4: 159 – 168, 1981 Gunderson JG, Lyoo K. „Family problems and relations hips for adults with borderline personality disorder”, *Harv Rev Psychiatry* 4: 272 – 278, 1997 Gunderson JG, Sabo AN. „The phenomenological and conceptual interface between borderline personality disorder and PTSD”, *Am Psychiatry* 150: 19 – 27, 1993

Gunderson JG, Zanarini ME. „Current overview of the

borderline diagnosis".

Clin Psychiatry 48 (supl. 8): 5 – 14, 1987 Gunderson JG, Kerr J, Englund DW. WThe families of borderlines: a comparative study", *Arch Gen Psychiatry* 37: 27 – 33, 1980 Gunderson JG, Frank AF, Ronningstam EL et al., „Early discontinuance of borderline patients from psychotherapy", *J Nervment Dis* 177: 38 – 42, 1989

Gutheil T. „Borderline personality disorder, boundary violations, and patienttherapist sex: medico-legal pitfalls", *Am J Psychiatry* 146: 597 – 602, 1989 Heard H. „Behavior therapies for borderline patients". Lucrare prezentată la a 147-a întâlnire anuală a American Psychiatric Association, Philadelphia, PA, 1994 Herman JL, Perry JE, van der Kolk BA. „Childhood trauma în borderline personality disorder", *Am J Psychiatry* 146: 490 – 495, 1989 Herpertz SE, Dietrich TM, Wenning B et al., „Evidence of abnormal amygdala functioning în borderline personality disorder: a funcţional MRI study", *Biol Psychiatry* 50: 292 – 298, 2001 Hoch P, Polatin P. „Pseudoneurotic form of schizophrenia", *Psychiatr Q* 23: 248 – 276, 1949

Hollander E. „Managing aggressive behavior în patients with obsessivecompulsive disorder and borderline personality disorder", / *Clin Psychiatry* 17: 28 – 31, 1999 Horwitz L. *Clinical Prediction in Psychotherapy,* New York, Jason Aronson, 1974

Horwitz L. „Group psychotherapy of the borderline patient", în *Borderline Personality Disorder: The Concept, the Syndrome, the Patient.* Editat de Hartocollis PL, New York, International Universities Press, 1977, pp. 399 – 422

Horwitz L, Gabbard GO, Allen JG et al., *Borderline Personality Disorder: Tailoring the Psychotherapy to the Patient,* Washington, DE, American Psychiatric Press, 1996

Hulse WC. „Psychotherapy with ambulatory schizophrenic patients în mixed analytic groups". *Arch Neurol Psychiatry* 79: 681 – 687, 1958 Johnson JG, Cohen

P, Brown **J** et al., „Childhood maltreatment increases risk for personality disorders during early adulthood", *Arch Gen Psychiatry* 56: 600 – 606, 1999 Jones SA. „Family therapy with borderline and narcissistic patients". *Bull Menninger Clin* 51: 285 – 295, 1987 Karterud S, Vaglum S, Friss S et al., „Day hospital terapeutic community treatment for patients with personality disorders: an empirical evaluation of the containment function", / *Neroment Dis* 180: 238 – 243, 1992

Karterud S, Pedersen G, Bjordal E et al., „Day treatment of patients with personality disorders: experiences from a Norwegian treatment research network", *Personal Disord* 17: 243 – 262, 2003 Kemberg OF. „Structural derivatives of obiect relations hips", *Int Psychoanal* 47: 236 – 253, 1966

Kemberg OF. „Borderline personality organization", *Am Psychoanal Assoc* 15: 641 – 685, 1967

Kemberg OF, *Borderline Conditions and Pathological Narcissism,* New York, Jason Aronson, 1975

Kemberg OF. „Technical considerations in the treatment of borderline personality organization", / *Am Psychoanal Assoc* 24: 795 – 829, 1976 Kemberg OF, Burstein ED, Coyne L et al., „Psychotherapy and psychoanalysis: final report of The Menninger Foundation's Psychotherapy Research Project", *Bull Menninger Clin* 36: 3 – 275, 1972 Kemberg OF, Selzer MA, Koenigsberg HW et al., *Psychodynamic Psychotherapy of Borderline Patients,* New York, Basic Books, 1989 Knight RP. „Borderline states", *Bull Menninger Clin* 17: 1 – 12, 1953 Levy KN. „Bridging worlds: contributions of attachment and reflective functioning to our understanding of psychoanalytic psychotherapy", Lucrare prezentată la întâlnirea de iarnă a American Psychoanalytic Association, New York, ianuarie 2004 Linehan MM, Armstrong HE, Suárez A et al., „Cognitive-

behavioral treatment of chronically parasuicidal borderline patients", *Arch Gen Psychiatry* 48: 1060 – 1064, 1991

Links PS, Steiner M, Offord DR et al., „Characteristics of borderline personality disorder: a Canadian study", *Can Psychiatry* 33: 336 – 340, 1988

Links PS, Mitton JE, Steiner M. „Stability of borderline personality disorder".

Can J Psychiatry 38: 255 – 259, 1993 Links PS, Heslegrave R, vanreekum R. „Prospective follow-up study of borderline personality disorder: prognosis, prediction of outcome, and Axis II comorbidity", *Can Psychiatry* 43: 265 – 270, 1998 Lyoo IK, Han MH, Cho DY. „A brain MRI study în subjects with borderline personality disorder", *J Affect Disord* 50: 235 – 243, 1998 Mahler MS, Pine F, Bergman A. *The Psychological Birth of the Human Infant.*

Symbiosis and Individualion, New York, Basic Books, 1975 Main TF. „The ailment", *Br J Med Psychol* 30: 129 – 145, 1957 Maltsberger JT. „Countertransference in the treatment of the suicidal borderline patients", în *Counteitransference Issues în Psychiatric Treatment (Revieio of Psychiatry Series,* vol. 18: Oldham JM şi Riba MB, ed. Serie). Editat de Gabbard GO, Washington, DE, American Psychiatric Press, 1999, pp. 27 – 43

Markovitz P. „Pharmacotherapy of impulsivity, aggression, and related disorders", în *Impulsivity and Aggresion.* Editat de Hollander E, Stein DJ, Zohar J, New York, Wiley 1995, pp. 263 – 287 Masterson JF. *Psychotherapy of the Borderline Adult: A Developmental Approach.*

New York, Brunner/Mazel, 1976 Masterson JF, Rinsley DB. „The borderline syndrome: the role of the mother in the genesis and psychic structure of the borderline personality", *Int J Psychoanal* 56: 163 – 177, 1975 Meglashan TH. „Prediction of outcome în BPD", în *The Borderline: Current Empirical Research.* Editat de

Meglashan TH, Washington, DE, American Psychiatric Press, 1985, pp. 61 – 98 Meglashan TH. „The Chestnut Lodge follow-up study, IE: long-term outcome of borderline personalities", *Arch Gen Psychiatry* 43: 20 – 30, 1986 Meglashan TH. „The longitudinal profile of BPD: contributions from the Chestnut Lodge Follow-up Study", în *Handbook of the Borderline Diagnosis.* Editat de Silver D, Rosenbluth M, Madison CT, International Universities Press, 1992 Mehlum L, Friis S, Irion T et al., „Personality disorders 2 – 5 years after treatment: a prospective follow-up study", *Acta Psychiatr Scand* 84: 72 – 77, 1991

Meissner WW. *Treatment of Patients in the Borderline Spectrum,* Northvale, NJ.

Jason Aronson, 1988 Meyer DJ, Simon RI. „Split treatment: clarity between psychiatrists and psychotherapists", partea a 2-a, *Psychiatr Ann* 29: 327 – 322, 1999 b Modell AH. „«The holding environment» and the terapeutic action of psychoanalysis", *Am Psychoanal Assoc* 24: 285 – 307, 1976 Munroe-Blum H, Marziali E. „A controlled trial of short-term group treatment for borderline personality disorder", / *Personal Disord* 9: 190 – 198, 1995 Najavits LM, Gunderson JG. „Better than expected: improvements în borderline personality disorder în a 3-years prospective outcome study", *Compr Psychiatry* 36: 296 – 302*, 1995* Nemeroff CB, Owens MJ. „Pharmacologic differences among the SSRIS: focus on monoamine transporters and the HPA axis", *CNS Spectrum* 9: 23 – 31, 2004

Ogata SN, Silk KR, Goodrich S et al., „Childhood sexual and physical abuse în adult patients with borderline personality disorder", *Am Psychiatry* 147: 1008 – 1013, 1990 Oldham JM, Skodol SE, Kellman HD et al., „Diagnosis of DSM-III-I personality disorders by two structured interviews: patterns of comorbidity", *Am J Psychiatry* 149: 213 – 220*, 1992* O'Leary KM. „Neuropsychological testing

results”, *Psychiatr Clin North Am* 23: 41 – 60, 2000

O’Leary KM, Cowdry RW. „Neuropsychological testing results în borderline personality disorder”, în *Biological and Neurobehavioral Studies of Borderline Personality Disorder*. Editat de Silk KR, Washington, DE, American Psychiatric Press, 1994, pp. 127 – 157 Paris J. „Does childhood trauma causes personality disorders în adults?”, *Can*

J Psychiatry 43: 148 – 153, 1998 Paris J, Frank H. „Perceptions of parental bonding în borderline patients”, *Am*

J Psychiatry 146: 1498 – 1499, 1989 Paris J, Zweig-Frank H. „A critical review of the role of childhood sexual abuse in the etiology of borderline personality disorder”, *Can J Psychiatry* 37: 125 – 128, 1992

Paris J, Brown R, Nowlis D. „Long-term follow-up of borderline patients în a generat hospital”, *Compr Psychiatry* 28: 530 – 535, 1987 Paris J, Nowlis D, Brown R. „Developmental factors in the outcome of borderline personality disorder”, *Compr Psychiatry* 29: 147 – 150, 1988

Patrick M, Hobson RP, Castle D et al., „Personality disorder and the mental representation of early experience”, *Developmental Psychopathology* 6: 375 – 388, 1994

Piper WC, Roşie JS, Azim HF et al., „A randomized trial of psychiatric day treatment for patients with affective and personality disorders”, *Hosp Community Psychiatry* 44: 757 – 763, 1993 Plakun EM. „Prediction of outcome în borderline personality disorder”.

J Personal Disord 5: 93 – 101, 1991 Plakun EM, Burkhardt PE, Müller JP. „Fourteen-year follow-up of borderline and schizotypal personality disorders”, *Compr Psychiatry* 26: 448 – 455, 1985

Rinne T, de Kloet EI, Wouters L et al.,

„Hyperresponsiveness of hypothalamic-pituitary-adrenal axis to combined dexamethasone/corticotropin-releasing hormone challenge în female borderline personality disorder subjects with a history of sustained childhood abuse", *Biol Psychiatry* 52: 1102 – 1112, 2002 a Rinne T, van der Brink W, Wouters L et al „SSRI treatment of borderline personality disorder: a randomized placebo-controlled clinical trial for female patients with borderline personality disorder", A*m Psychiatry 1*59: 2048 – 2054, 2002 b Rinne T, de Kloet EI, Wouters L et al., „Fluvoxamine reduces responsiveness of HPA axis în adult female BPD patients with a history of sustained childhood abuse", N*europsychophamacology 2*8: 126 – 132, 2003 Rosen IR. „Relaţional masochism: the search for a bad enough obiect". Lucrare prezentată la reuniunea ştiinţifică a Topeka Psychoanalytic Society, Topeka, KS, ianuarie 1993 Salzman C, Wolfson AN, Schatzberg A et al., „Efect of fluoxetine on anger în symptomatic volunteers with borderline personality disorder", / C*lin Psychopharmacol 1*5: 23 – 29, 1995 Sandler J. „Character traits and obiect relations hips", P*sychoanal Q 5*0: 694 – 708, 1981

Schiffer F, Teicher MH, Papanicolaou AC. „Evoked potenţial evidence for right brain activity during the recall of traumatic memories", *Neuropsychiatry Clin Neurosci* 7: 169 – 175, 1995 Schmahl CG, Vermetten E, Elzinga BM et al., „Magnetic resonance imaging of hippocampal and amygdalar volume în women with childhood abuse and borderline personality disorder", *Psychiatry Res* 122: 193 – 198, 2003 a

Schmahl CG, Elzinga BM, Vermetten E et al., „Neural correlates of memories of abandonment în women with and without borderline personality disorder", *Biol Psychiatry* 54: 142 – 151, 2003 b Schmideberg M. „The borderline patient", în *American Handbook of Psychiatry,*

vol. 1. Editat de Arieti S, New York, Basic Books, 1959, pp. 398 – 416 Searles HF. My Work With Borderline Patients. Northvale, NJ, Jason Aronson, 1986 Siever LJ, Davis KL. „A psychobiological perspective on the personality disorders", *Am Psychiatry* 148: 1647 – 1658, 1991 Skodol A, Siever LJ, Livestey WJ et al., „The borderline diagnosis îi biology, genetics, and clinical course", *Biol Psychiatry* 51: 951 – 963, 2002 Slavson SR. *A Textbook în Analytic Group Psychotherapy,* New York, International

Universities Press, 1964 Soloff PH. „Algorithms for pharmacological treatment of personality dimensions: symptom-specific treatments for cognitive-perceptual, affective, and impulsive-behavioral dysregulation", *Bidl Menninger Clin* 62: 195 – 214, 1998 Soloff PH, Miliward JW. „Developmental histories of borderline patients".

Compr Psychiatry 24: 574 – 588, 1983 Spotnitz H. „The borderline schizophrenic în group psychotherapy: the importance of individualization", *Int Group Psychother* 7: 155 – 174, 1957 Stalker CA, Davies F. „Attachment organization, and adaptation in sexually abused women", *Can J Psychiatry* 40: 234 – 240, 1995 Stone MH. *The Fate of Borderline Patients: Successful Outcome and Psychiatric*

Practice, New York, Guilford, 1990 Stone MH. „Long-term outcome în personality disorders", *Br Psychiatry* 162: 299 – 313, 1993

Stone MH, Stone DK, Hurt SW. „Natural history of borderline patients treated by intensive hospitalization", *Psychiatr Clin North Am* 10: 185 – 206, 1987 Streeter CE, vanreekum R, Shorr R1 et al., „Prior head înjury în male veterans with borderline personality disorder", / *Nervment Dis* 183: 577 – 581, 1995

Swartz M, Blazer D, George L et al., „Estimating the prevalence of borderline personality disorder in the community", *Personal Disord* 4: 257 – 272, 1990

Swirsky-Sacchetti T, Gorton G, Samuel S et al., „Neuropsychological function in borderline personality disorder”, *J Clin Psychol* 49: 385 – 396, 1993 Torgersen S, Kringlen E, Cramer V. „The prevalence of personality disorders în a community sample”. *Arch Gen Psychiatry* 58: 590 – 596, 2001 Torgersen S, Lygren S, Oien PA et al „A twin study of personality disorders”.

Compr Psychiatry 41: 416 – 425, 2000 Tuckman J, Youngman WF. „Suicide risk among persons attempting suicide”.

Public Health Rep 78: 585 – 587, 1963 Van Elst TL, Hesslinger B, Thiel T et al., „Frontolimbic brain abnormalities în patients with borderline personality disorder: a volumetric magnetic resonance imaging study”, *Biol Psychiatry* 54: 163 – 171, 2003 Van Reekum R, Conway CA, Gansler D et al., „Neurobehavioral study of borderline personality disorder”, *J Psychiatry Neurosci* 18: 121 – 129, 1993 Vermetten E, Vythilingam M, Southwick SM et al., „Long-term treatment with paroxetine increases verbal declarative memory and hippocampal volume în posttraumatic stress disorder”, *Biol Psychiatry* 54: 693 – 702, 2003

Wagner AW, Linehan MM. „Facial expression recognition ability among women with borderline personality disorder: implications for emoţional regulation?”, *J Personal Disord* 13: 329 – 344, 1999 Waldinger RJ. „Intensive psychodynamic therapy with borderline patients: an overview”, *Am J Psychiatry* 144: 267 – 274, 1987 Waldinger RJ, Frank AF. „Clinicians experiences în combining medication and psychotherapy in the treatment of borderline patients”, *Hosp Community Psychiatry* 40: 712 – 718, 1989 Wallerstein RS. *Forty-Two Lives în Treatment: A Study of Psychoanalysis and*

Psychotherapy, New York, Guilford, 1986 Walsh F. „The family of the borderline patient”, în *The Borderline*

Patient. Editat de Grinker RR, Werble B. New York, Jason Aronson, 1977, pp. 158 – 177 Westen D, Ludolph P, Misie B et al., „Physical and sexual abuse în adolescent girls with borderline personality disorder", *Am J Orthopsychiatry* 60: 55 – 66, 1990

Widiger TA, Weissman MM. „Epidemiology of borderline personality disorder", *Hosp Community Psychiatry* 42: 1015 – 1021, 1991 Wilberg T, Urnes O, Friis S et al., „One-year follow-up of day treatment for poorly functioning patients with personality disorders", *Psychiatr Sero* 50: 1326 – 1330, 1999 Zanarini ME, Frankenburg FR. „Pathways to the development of borderline personality disorder", *J Personal Disord* 11: 93 – 104, 1997 Zanarini ME, Frankenburg FR. „Olanzapine treatment of female borderline personality disorder patients: a double-blind, placebo-controlled pilot study", *J Clin Psychiatry* 62: 849 – 854, 2001 Zanarini ME, Gunderson JG, Frankenburg FR. „Axis I phenomenology of borderline personality disorder", *Compr Psychiatry* 30: 149 – 156, 1989 a Zanarini ME, Gunderson JG, Marino MI et al., „Childhood experiences of borderline patients", *Compr Psychiatry* 30: 18 – 25, 1989 b Zanarini ME, Gunderson JG, Frankenburg FI et al., „Discriminating borderline personality disorder from other Axis II disorders", *Am J Psychiatry* 147: 161 – 167, 1990

Zanarini ME, Williams AA, Lewis RE et al., „Reported pathological childhood experiences associated with the development of borderline personality disorder", *Am Psychiatry* 154: 1101 – 1106, 1997 Zanarini ME, Frankenburg FR, Hennen J et al., „The longitudinal course of borderline psychopathology: six-years prospective follow-up of the phenomenology of borderline personality disorder", *Am J Psychiatry* 160: 274 – 283, 2003

Zanarini ME, Frankenburg FR, Parachini EA. „A preliminary, randomized trial of fluoxetine, olanzapine, and the olanzapine-fluoxetine combination in women with

borderline personality disorder", *J Clin Psychiatry* 65: 903 – 907, 2004

Zetzel EI. „A developmental approach to the borderline patient", *Am J*

Psychiatry 127: 867 – 871, 1971 Zlotnick C, Rothschild L, Zimmerman M. „The role of gender in the clinical presentation of patients with borderline personality disorder", */ Personal Disord* 16: 277 – 282, 2002 Zweig-Frank H, Paris J. „Parents emoţional neglect and overprotection according to the recollections of patients with borderline personality disorder", *Am J Psychiatry* 148: 648 – 651, 1991

Capitolul 16

Adler G. „Psychotherapy of the narcissistic personality disorder patient: two contrasting approaches", *Am J Psychiatry* 143: 430 – 436, 1986

Allen JG. „Mentalking", *Bull Menninger Clin* 67: 91 – 112, 2003 American Psychiatric Association: „Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders", ediţia a 4-a, text revizuit, Washington, DE, American Psychiatric Association, 2000 Azima FJC. „Group psychotherapy with personality disorders", în *Comprehensive Group Psychotherapy,* ediţia a 2-a. Editat de Kaplan HI, Sadock BJ, Baltimore, MD, Williams Wilkins, 1983, pp. 262 – 268 Brandschaft B, Stolorow R. „The borderline concept: pathological character or iatrogenic myth?" în *Empathy II.* Editat de Lichtenberg J, Bomstein M, Silver D, Hillsdale, NJ, Analytic Press, 1984, pp. 333 – 357 Broucek FI. „Shame and its relations hip to early narcissistic developments".

Int J Psychoanal 63: 369 – 378, 1982 Cohen DW. „Transference and countertransference states in the analysis of pathological narcissism", *Psychoanal Rev* 89:

631 – 651, 2002 Cooper AM. „Further developments in the clinical diagnosis of narcissistic personality disorder", în *Disorders of Narcissism: Diagnostic, Clinical, and Empirical Implications.* Editat de Ronningstam E.F., Washington, DE, American Psychiatric Press, 1998, pp. 53 – 74 Cooper AM, Michels R. „Book review of Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders", ediţia a 3-a, text revizuit (DSM-III-I de American Psychiatric Association). *Am J Psychiatry* 145: 1300 – 1301, 1988

Curtis HE. „Clinical perspectives on self psychology", *Psychoanal Q* 54: 339 – 378, 1985

Dickinson KA, Pincus AL. „Interpersonal analysis of grandiose and vulnerable narcissism", J *Personal Disord* 17: 188 – 207, 2003 Finell JS. WNarcissistic problems în analysts", *Int J Psychoanal* 66: 433 – 445, 1985

Gabbard GO. „Further contributions to the understanding of stage fright:

narcissistic issues", J *Am Psychoanal Assoc* 31: 423 – 441, 1983 Gabbard GO. „Two subtypes of narcissistic personality disorder", *Bull*

Menninger Clin 53: 527 – 532, 1989 Gabbard GO. „Transference and countertransference in the treatment of narcissistic patients", în *Disorders of Narcissism: Diagnostic, Clinical, and Empirical Implications.* Editat de Ronningstam E.F., Washington, DE, American Psychiatric Press, 1998, pp. 125 – 146 Gabbard GO. „On gratitude and gratification", *Am Psychoanal Assoc* 48: 697 – 716, 2000

Gabbard GO, Twemlow SW. „The role of mother-son incest in the pathogenesis of narcissistic personality disorder", *J Am Psychoanal Assoc* 42: 159 – 177, 1994

Glassman M. „Kemberg and Kohut: a test of competing psychoanalytic models of narcissism", *Am Psychoanal* Assoc 36: 597 – 625, 1988 Groopman L, Cooper AM. „Narcissistic personality disorder", în *Treatments of*

Psychiatric Disorders, ediţia a 3-a, vol. 2. Editat de

Gabbard GO, Washington, DE, American Psychiatric Publishing, 2001, pp. 2309 – 2326 Heiserman A, Cook H. „Narcissism, affect, and gender: an empirical examination of Kemberg's and Kohut's theories of narcissism", *Psychoanalytic Psychology* 15: 74 – 92, 1998 Hibbard S. „Narcissism, shame, masochism, and obiect relations: an exploratory correlational study", *Psychoanalytic Psychology* 9: 489 – 508, 1992

Horner AI. „A characterological contraindication for group psychotherapy".

J Am Acad Psychoanal 3: 301 – 305, 1975 Horwitz L. „Group psychotherapy of the borderline patient", în *Borderline Personality Disorders: The Concept, the Syndrome, the Patient.* Editat de Hartocollis PL. New York, International Universities Press, 1977, pp. 399 – 422

Josephs L. *Balancing Empathy and Interpretation: Relaţional Character Analysis.*

Northvale, NJ, Jason Aronson, 1995 Kemberg OF. „Factors in the psychoanalytic treatment of narcissistic personalities", *J Am Psychoanal Assoc* 18: 51 – 85, 1970 Kemberg OF. „Contrasting viewpoints regarding the nature and psychoanalytic treatment of narcissistic personalities: a preliminary communication", *J Am Psychoanal* Assoc 22: 255 – 267, 1974 a Kemberg OF. „Further contributions to the treatment of narcissitic personalities", *Int J Psychoanal* 55: 215 – 240, 1974 b Kemberg OF. *Severe Personality Disorders: Psychotherapeutic Strategies,* New

Haven, CT, Yale University Press, 1984 Kemberg OF. „Pathological narcissism and narcissistic personality disorder: teoretical background and diagnostic classification", în *Disorders of Narcissism: Daignostic, Clinical, and Empirical Implications.* Editat de Ronningstam EL. Washington, DE, American Psychiatric Press, 1998, pp. 29 – 51

Klonsky ED, Jane JS, Turkheimer E et al., „Gender

role and personality disorders", / *Personal Disorder* 16: 464 – 476, 2002 Kohut H. *The Analysis of the Self: A Sistematic Approach to the Psychoanalytic Treatment of Narcissistic Personality Disorders,* New York, International Universities Press, 1971 Kohut H. *The Restoration of the Self,* New York, International Universities Press, 19 77

Kohut H. *How Does Analysis Cure?* Editat de Goldberg A, Chicago, IL.

University of Chicago Press, 1984 Lansky MR. „Masks of the narcissistically vulnerable marriage", *International*

Journal of Family Psychiatry 3: 439 – 449, 1982 Lasch C. *The Culture of Narcissism: American Life în an Age of Diminishing*

Expectations, New York, WW Norton, 1979 Lewis H.B. (ed.), *The Role of Shame and Symptom Formation,* Hillsdale, NJ.

Lawrence Erlbaum, 1987 Maccoby M. *The Gamesman: The New Corporate Leaders,* New York, Simon Schuster, 1976

Mahler MS, Pine F, Bergman A. *The Psychological Birth of the Human Infant:*

Symbiosis and Individualion, New York, Basic Books, 1975 Miller JP. „How Kohut actually worked". *Progress în Self Psychology* 1: 13 – 30, 1985

Mitchell SA. *Relaţional Concepts în Psychoanalysis: An Integration,* Cambridge.

MA, Harvard University Press, 1988 Modell AH. „«The holding environment» and the terapeutic action of psychoanalysis", / *Am Psychoanal* Assoc 24: 285 – 307, 1976 Ornstein PH. „A discussion of the paper by Otto F. Kemberg on «Further contributions to the treatment of narcissistic personalities»", *Int J Psychoanal* 55: 241 – 247, 1974 a Ornstein PH. „On narcissism: beyond the introduction, highlights of Heinz Kohut's contributions to

the psychoanalytic treatment of narcissistic personality disorders". *Annual of Psychoanalysis* 2: 127: 149, 1974 b Ornstein P. „Psychoanalysis of patients with primary self-disorder: a self psychological perspective", în *Disorders of Narcissism: Diagnostic, Clinical, and Empirical Implications.* Editat de Ronningstam EL, Washington, DE, American Psychiatric Press, 1998, pp. 147 – 169 Person ES. „Manipulativeness în entrepreneurs and psychopaths", în *Unmasking the Psychopath: Antisocial Personality and Related Syndromes.* Editat de Reid WH, Dorr D, Walker JI et al., New York, WW Norton, 1986, pp. 256 – 273

Piper WC, Ogrodniczuk JS. „Group treatment for personality disorders", în *The American Psychiatric Publishing Textbook of Personality Disorders.* Editat de Oldham JG, Skodol A, Bender O, Washington, DE, American Psychiatric Publishing, 2005 Rinsley DB. „The developmental etiology of borderline and narcissistic disorders", *Bull Menninger Clin* 44: 127 – 134, 1980 Rinsley DB. „A comparison of borderline and narcissistic personality disorders", *Bull Menninger Clin* 48: 1 – 9, 1984 Rinsley DB. „Notes on the pathogenesis and nosology of borderline and narcissistic personality disorders", *J Am Acad Psychoanal* 13: 317 – 328, 1985

Rinsley DB. „The adolescent, the family, and the culture of narcissism: a psychosocial commentary", *Adolescent Psychiatry* 13: 7 – 28, 1986 Rinsley DB. „Notes on the developmental pathogenesis of narcissistic personality disorder", *Psychiatr Clin North Am* 12: 695 – 707, 1989 Ronningstam E, Gunderson J, Lyons M. „Changes în pathological narcissism".

Am J Psychiatry 152: 253 – 257, 1995 Rose P. „The happy and unhappy faces of narcissism", *Pers Individ Diff* 33: 379 – 391, 2002

Rosenfeld H. „Impasse and Interpretation: Terapeutic and Anti-Therapeutic Factors in the Psychoanalytic

Treatment of Psychotic, Borderline, and Neurotic Patients", Editat de Tuckett D, Londra, Tavistock, 1987 Roth BE. „Narcissistic patients în group psychotherapy: containing affects in the early group", în Disorders of Narcissism: Diagnostic, Clinical, and Empirical Implications. Editat de Ronningstam EL, Washington, DE, American Psychiatric Press, 1998, pp. 221 – 237 Rothstein A. *The Narcissistic Pursuit of Perfection,* New York, International

Universities Press, 1980 Stein MH. „Book review of The Restoration of the Self by Heinz Kohut", / *Am*

Psychoanal Assoc 27: 665 – 680, 1979 Stolorow RD. Toward a funcţional definition of narcissism. Int J Psychoanal 56: 179 – 185, 1975

Stone MH. „Normal narcissism: an etiological and ethological perspective", în *Disorders of Narcissism: Diagnostic, Clinical, and Empirical Implications,* Editat de Ronningstam EL. Washington, DE, American Psychiatric Press, 1998, pp. 7 – 28 Wilson M. „The analyst's desire and the problem of narcissistic resistances".

J Am Psychoanal Assoc 51: 72 – 99, 2003 Wink P. „Two faces of narcissism", *J Pers Soc Psychol* 61: 590 – 597, 1991 Winnicott DW. *The Maturational Processes and the Facilitating Environment: Studies in the Theori/ of Emoţional Development,* Londra, Hogarth Press, 1965

Wong N. „Clinical considerations in group treatment of narcissistic disorders".

Int Group Psychother 29: 325 – 345*, 1979* Wong N. „Combined group and individual treatment of borderline and narcissistic patients: heterogeneous versus homogeneous groups", *Int J Group Psychother* 30: 389 – 404, 1980 Yalom ID. *The Theory and Practice of Group Psychotherapy,* ediţia a 3-a. New York, Basic Books, 1985

Capitolul 17

Adler G, Shapiro în „Psychotherapy with prisoners”, *Curr Psychiatr Ther* 9: 99 – 105, 1969

American Psychiatric Association, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders,* ediţia a 2-a, Washington, DE, American Psychiatric Association, 1968

American Psychiatric Association: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders,* ediţia a 3-a, Washington, DE, American Psychiatric Association, 1980

American Psychiatric Association, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders,* ediţia a 3-a, text revizuit, Washington, DE, American Psychiatric Association, 1987 American Psychiatric Association, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders,* ediţia a 4-a, Washington, DE, American Psychiatric Association, 1994

American Psychiatric Association, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders,* ediţia a 4-a, text revizuit, Washington, DE, American Psychiatric Association, 2000 Brennan PA, Raine A, Schulsinger F et al., „Psychophysiological protective factors formale subjects at high risk for criminal behavior”, *Am Psychiatry* 154: 853 – 855, 1997 Bursten B. „The manipulative personality”, *Arch Gen Psychiatry* 26: 318 – 321, 1972

Cadoret RJ. „Psychopathology in the adopted-away offspring of biological parents with antisocial behavior”, *Arch Gen Psychiatry* 35: 176 – 184, 1978

Cadoret RJ. „Epidemiology of antisocial personality”, în *Unmasking the Psychopath: Antisocial Personality and Related Syndromes,* editat de Reid WH, Dorr D, Walker JI et al., New York, WW Norton, 1986, pp. 28 – 44

Cadoret RJ, Yates WR, Troughton E et al., „Genetic-environmental interaction in the genesis of aggressivity and conduct disorders”, *Arch Gen Psychiatry* 52: 916 –

924, 1995 Cale EM, Lilienfeld SE. „Histrionic personality disorder and antisocial personality disorder: sex-differenţiated manifestations of psychopathy?”, *Personal Disord* 16: 52 – 72, 2002 Caspi A, Meclay J, Moffitt TE et al., „Role of genotype in the cycle of violence în maltreated children”, *J Sci* 297: 851 – 854, 2002 Christiansen KO. „A preliminary study of criminality among twins”, în *Biosocial Bases of Criminal Behavior,* editat de Mednick SA, Christiansen KO, New York, Gardner, 1977, pp. 89 – 108 Cleckley HM. *The Mask of Sanity: An Attempt to Clarify Some Issues About the So-Called Psychopathic Personality,* ediţia a 5-a, St Louis, MO, CV Mosby, 1976

Cloninger CR, Guze ZB. „Hysteria and parental psychiatric illness”, *Psychol Med* 5: 27 – 31, 1975

Cloninger CR, Sigvardsson S, von Knorring A-L et al., „An adoption study of somatoform disorders, îi identification of two discrete somatoform disorders”, *Arch Gen Psychiatry* 41: 863 – 871, 1984 Constantino în Morris A, Murphy DL. „CSF 5-HIAA and family history of antisocial personality disorder în newboms”, *Am Psychiatry* 154: 1771 – 1773, 1997 D’Silva K, Ehiggan C, McCarthy L. „Does treatment really make psychopaths worse? A review of the evidence”, / *Personal Disord* 18: 163 – 177, 2004 Foley DL, Eaves LJ, Wormley B, et al., „Childhood adversity, monoamine oxidase A genotype, and risk for conduct disorder”, *Arch Gen Psychiatry* 61: 738 – 744, 2004 Frosch JP. „The treatment of antisocial and borderline personality disorders”.

Hosp Community Psychiatry 34: 243 – 248, 1983 Gabbard GO, Coyne L. „Predictors of response of antisocial patients to hospital treatment”, *Hosp Community Psychiatry* 38: 1181 – 1185, 1987 Gedo JE. *Psychoanalysis and Its Discontents,* New York, Guildford, 1984 Halleck ŞI. „Sociopathy: ethical aspects of diagnosis and treatment”, *Curr*

Psychiatr Ther 20: 167 – 176, 1981 Hare RD. „Diagnosis of antisocial personality disorder în two prison populations”, *Am J Psychiatry* 140: 887 – 890, 1983 Hare RD. „The Hare Psychopathy Checklist – Revised”, Toronto, Ontario.

Multi-Health Systems, 1991 Hare RD, Hart SD, Harpur TJ. „Psychopathy and the DSM-IV criteria for antisocial personality disorder”, *Abnorm Psychol* 100: 391 – 398, 1991 Hart SD, Hare RD. „Association between psychopathy and narcissism: teoretical views and empirical evidence”, în *Disorders of Narcissism: Diagnostic, Clinical, and Empirical Implications,* editat de Ronningstam EL, Washington, DE, American Psychiatric Press, 1998, pp. 415 – 436 Herpertz SE, Werth U, Lukas G et al., „Emotion in criminal offenders with psychopathy and borderline personality disorder”. *Arch Gen Psychiatry* 58: 737 – 745, 2001 Hodgirts S, Rratzer L, Meneil TF. „Obstetric complications, parenting, and risk of criminal behavior”, *Arch Gen Psychiatry* 58: 746 – 752, 2001 Holden C. „Growing focus on criminal careers”, *Science* 233: 1377 – 1378, 1986 Johnson Am: „Sanctions for superego lacunae of adolescents”, în *Searchlights on Delinquency: New Psychoanalytic Studies,* editat de Eissler KR, New York, International Universities Press, 1949, p 225 – 245 Johnson JG, Cohen PA, Brown J et al., „Childhood maltreatment increases risk for personality disorders during early childhood”, *Arch Gen Psychiatry* 56: 600 – 606, 1999 Karterud S, Pedersen G, Bjordal E et al., „Day treatment of patients with personality disorders; experiences from a Norwegian treatment research network”, *J Personal Disord* 17: 243 – 262, 2003 Kemberg OF. Severe Personality Disorders: Psychotherapeutic Strategies. New

Haven, CT, Yale University Press, 1984 Kemberg OF. „Pathological narcissism and narcissistic personality

disorder: teoretical background and diagnostic classification", în *Disorders of Narcissism: Diagnostic, Clinical, and Empirical Implications,* editat de Ronningstam EL, Washington, DE, American Psychiatric Press, 1998, pp. 29 – 51

Kiger RS. „Treating the psychopathic patient în a terapeutic community".

Hosp Community Psychiatry 18: 191 – 196, 1967 Klonsky ED, Jane JS, Turkheimer E et al., „Gender role în personality disorders", *J Personal Disord* 16: 464 – 476, 2002 Lilienfeld So, Vanvalkenburg C, Lamtz K et al., „The relations hip of histrionic personality disorder to antisocial personality and somatization disorders", *Am f Psychiatry* 143: 718 – 722, 1986 Lion JR. „Ouptatient treatment of psychopaths", în *The Psychopathy: A Comprehensive Study of Antisocial Disorders and Behaviors,* editat de Reid WH. New York, Brunner/Mazel, 1978, pp. 286 – 300 Livestey WJ. *Practical Management of Personality Disorder,* New York, Guilford, 2003

Luntz BK, Widom CS. „Antisocial personality disorder în abused and neglected children grown up", *Am J Psychiatry* 151: 670 – 674, 1994 Mannuzza S, Klein RG, Bessler A et al., „Adult psychiatric status of hyperactive boys grown up", *Am J Psychiatry* 155: 493 – 498, 1998 Meloy JR. *The Psychopathic Mind: Origins, Dynamics, and Treatment,* Northvale.

NJ, Jason Aronson, 1988 Meloy JR. „Antisocial personality disorder", în *Treatments of Psychiatric Disorders,* vol. 2, ediţia a 2-a. Editat de Gabbard GO, Washington, DE, American Psychiatric Press, 1995, pp. 2273 – 2290 Modlin HE. „The antisocial personality", *Bull Menninger Clin* 47: 129 – 144, 1983 Nagin DS, Tremblay RE. „Parental and early childhood predictors of persistent physical aggression in boys from kindergarten to high school", *Arch Gen Psychiatry* 58: 389 – 394, 2001

Neugebauer R, Hoek H, Susser E. „Prenatal exposure to wartime famine and development of antisocial personality disorder în early adulthood", *JAMA* 282: 455 – 462, 1999 Olds D, Henderson CR, Cole R et al „Long-term efects of nurse home visitation on children's criminal and antisocial behavior: 15-years follow-up of randomized controlled trial", J*AMA 2*80: 1238 – 1244, 1998

Paris J. „Personality disorders over time: precursors, course and outcome".

Personal Disord 17: 479 – 488, 2003 Person ES. „Manipulativeness în entrepreneurs and psychopaths", în *Unmasking the Psychopath: Antisocial Personality and Related Syndromes,* editat de Reid WH, Dorr D, Walker JI et al „New York, WW Norton, 1986, pp. 256 – 273

Raine A, Venables PH, Williams M. „Relations hips between central and autonomic measures of arousal at age 15 years and alminality at age 24 years", *Arch Gen Psychiatry* 47: 1003 – 1007, 1990 Raine A, Venables PH, Williams M. „High autonomic arousal and electrodermal orienting at age 15 years as protective factors against criminal behavior at age 29 years", *Am J Psychiatry* 152: 1595 – 1600 Raine A, Brennan P, Mednick B et al., „High rates of violence, crime, academic problems, and behavioral problems în males with both early neuromotor deficits and unstable family environments". *Arch Gen Psychiatry* 53: 544 – 549, 1996 Raine A, Brennan P, Mednick SA, „Interaction between birth complications and early maternal rejection in predisposing individuals to adult violence: specificity to serious, early onset violence", *Am f Psychiatry* 154: 1265 – 1271, 1997 Raine A, Lenez T, Bihrle S et al., „Reduced prefrontal gray matter volume and reduced autonomic activity în antisocial personality disorder". *Arch Gen Psychiatry* 57: 119 – 127, 2000 Raine A, Lenez T, Taylor K et al., „Corpus callosum abnormalities în psychopathic antisocial individuals", *Arch Gen*

Psychiatry 60: 11341142, 2003

Reid WH. „The antisocial personality: a review", *Hosp Community Psychiatry* 36: 831 – 837, 1985

Reid WH, Solomon G. „Community-based offender programs", în *Treatment of Antisocial Syndromes,* editat de Reid WH, New York, Van Nostrand Reinhold, 1981, pp. 76 – 94 Reid WH, Dorr D, Walker JI et al. (ed.). *Unmasking the Psychopath: Antisocial*

Personality and Related Syndromes, New York, WW Norton, 1986 Reiss D, Hetherington EM, Plomin R et al., „Genetic questions for environmental studies: differenţial parenting and psychopathology în adolescence", *Arch Gen Psychiatry* 52: 925 – 936, 1995 Reiss D, Neiderhiser JM, Hetherington EM et al., *The Relations hip Code: Deciphering Genetic and Social Influences on Adolescent Development,* Cambridge, MA, Harvard University Press, 2000 Rice ME, Harris GT, Cormier ca „An evaluation of a maximum-security terapeutic community for psychopaths and other mentally disordered offenders", *Lazv Hum Behav* 16: 399 – 412, 1992 Rutherford MJ, Cacciola JS, Alterman Al. „Antisocial personality disorder and psychopathy în cocaine-dependent women", *Am Psychiatry* 156: 849 – 856, 1999

Strasberger LH. „The treatment of antisocial syndromes: the therapist's feelings", în *Unmasking the Psychopath: Antisocial Personality and Related Syndromes,* editat de Reid WH, Dorr D, Walker JI et al., New York, WW Norton, 1986, pp. 191 – 207 Sturup GK. *Treating the Unt rentable: Chronic Criminals at Herstedvester,* Baltimore.

MD, John's Hopkins University Press, 1968 Symington N. „The response aroused by the psychopath", *International Review of Psychoanalysis 7:* 291 – 298, 1980 Vaillant GE. „Sociopathy as a human process: a viewpoint", *Arch Gen Psychiatry* 32: 178 – 183, 1975

Vaillant GE. „Natural history of male alcoholism, V: is alcoholism the cart or the horse to sociopathy?”, *Br Adict* 78: 317 – 326, 1983

Verona E, Sachs-Ericsson N, Joinerte. „Suicide attempts associated with externalizing psychopathology în an epidemiological sample”, *Am Psychiatry* 161: 444 – 451, 2004 Wilson JQ, Hermstein RJ. *Crime and Human Nature,* New York, Simon and Schuster, 1985

Woemer PI, Guze ZB. „A family and marital study of hysteria”, *Br J Psychiatry* 114: 161 – 168, 1968

Woody GE, Melellan AT, Luborsky L et al., „Sociopathy and psychotherapy outcome”, *Arch Gen Psychiatry* 42: 1081 – 1086, 1985 Yochelson S, Samenow SE. *The Criminal Personality,* vol. 1: *A Profile for Change.*

New York, Jason Aronson, 1976 Yochelson S, Samenow SE. *The Criminal Personality,* vol. 2: *The Treatment Process.*

New York, Jason Aronson, 1977 Zlotnick C. „Antisocial personality disorder, affect dysregulation and childhood abuse among încarcerated women”, *Personal Disord* 13: 90 – 95, 1999

Capitolul 18

Allen DW. „Basic treatment issues”, în *Hysterical Personality.* Editat de Horowitz

MJ. New York, Jason Aronson, 1977, pp. 283 – 328 American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, ediţia a 4-a, text revizuit, Washington, DE, American Psychiatric Association, 2000 Baumbacher G, Amâni F. „The hysterical personality disorder: a proposed clarification of a diagnostic dilema”, *Int J Psychoanal Psychother* 8: 501 – 532, 1980 – 1981 Blacker KH, Tupin JP. „Hysteria and hysterical structures: developmental and social theories”,

în *Hysterical Personality.* Editat de Horowitz MJ, New York, Jason Aronson, 1977, pp. 95 – 141 Blum HP. „The concept of erotized transference", / *Am Psychoanal Assoc* 21: 61 – 76, 1973 Bollas C. *Hysteria,* Londra, Routledge, 2000

Cale EM, Lilienfeld So, *Histrionic personality disorder and antisocial personality disorder: sex-differenţiated manifestations of psychopathy? Personal Disord* 16: 52 – 72, 2002 Chodoff P. „The diagnosis of hysteria: an overview", *Am J Psychiatry* 131: 1073 – 1078, 1974

Chodoff P, Lyons H. „Hysteria, the hysterical personality and «hysterical» conversion", *Am J Psychiatry* 114: 734 – 740, 1958 Cleghorn RA. „Hysteria: multiple manifestations of semantic confusion", *Can Psychiatr Assoc* 14: 539 – 551, 1969 Easser BR, Lesser SR. „Hysterical personality: a re-evaluation", *Psychoanal Q* 34: 390 – 405, 1965

Frayn DH, Silberfeld M. „Erotic transferences", *Can J Psychiatry* 31: 323 – 327, 1986

Freud S. „Remembering, repeating and working-through (further recommendations on the technique of psycho-analysisII)" (1914), în *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud,* vol. 12. Tradus şi editat de Strachey J, Londra, Hogarth Press, 1958, pp.145 – 156

Gabbard GO (ed.). *Sexual Exploitation in Professional Relations hips,* Washington. DE, American Psychiatric Press, 1989 Gabbard GO. „On love and lust în erotic transference", *Am Psychoanal Assoc* 42: 385 – 403, 1994

Gabbard GO. „Love and Hate in the Analytic Setting", Northvale, NJ, Jason Aronson, 1996

Gabbard GO. „A reconsideration of objectivity in the

analyst", *Int J Psychoanal* 78: 15 – 26, 1997

Gabbard GO. „Mişcarriages of psychoanalytic treatment with suicidal patients", *Int J Psychoanal* 84: 249 – 261, 2003 Gabbard GO. *Long-Term Psychodynamic Psychotherapy: A Basic Text,* Washington.

DE, American Psychiatric Publishing, 2004 Gabbard GO, Lester EP. *Boundaries and Boundary Violations in Psychoanalysis.*

Washington, DE, American Psychiatric Publishing, 2003 Gabbard GO, Wilkinson SM. *Management of Countertransference With Borderline*

Patients, Washington, DE, American Psychiatric Press, 1994 Gabbard GO, Wilkinson SM. „Nominal gender and gender fluidity in the psychoanalytic situation", *Gender and Psychoanalysis* 1: 463 – 481, 1996 Gorkin M. „Varieties of sexualizând countertransference", *Psychoanal Rev* 72: 421 – 440, 1985

Gornick LK. „Developing a new narrative: the woman therapist and the male patient", *Psychoanalytic Psychology* 3: 299 – 325, 1986 Gutheil TH, Gabbard GO. „The concept of boundaries în clinical practice: teoretical and risk management dimensions", *Am J Psychiatry* 150: 188 – 196, 1993

Halleck ŞI. „Hysterical personality traits: psychological, social, and iatrogenic determinants", *Arch Gen Psychiatry* 16: 750 – 757, 1967 Hamburger ME, Lilienfeld So, Hogben M. „Psychopathy, gender, and gender roles: implications for antisocial and histrionic personality disorders", */ Psychother Pract Res* 10: 41 – 55, 1996 Hollender M. „Hysterical personality", *Comments on Contemporary Psychiatry* 1: 17 – 24, 1971

Horowitz MJ. „The core characteristics of hysterical personality" (Introduction), în *Hysterical Personality.* Editat de Horowitz MJ, New York, Jason

Pwqâeac PULhJi, AODI. Gy 235 – 2307

KxstregOF firACsfeaoarfpiisfeţ*» Wwsă-me* Yotmastm Aiensen, 1V5

Kolble. Noyes Modern Clinical Psychiatry, ediţia a 7-a, Philadelphia, PA, WB Saunders, 1968

Klonsky ED, Jane JS, Turkheimer E et al „Gender role and personality disorders", *Personal Disord* 16: 464 – 476, 2002 Kumin I. „Erotic horror: desire and resistance in the psychoanalytic situation".

Int J Psychoanal Psychother 11: 3 – 20, 1985 – 1986 Lazare A. „The hysterical character în psychoanalytic theory: evolution and confusion", *Arch Gen Psychiatry* 25: 131 – 137, 1971 Lerner HE. „The hysterical personality: a «woman's disease».", *Compr*

Psychiatry 15: 157 – 164, 1974 Lester EP. „The female analyst and the erotized transference", *Int f Psychoanal* 66: 283 – 293, 1985

Lubbe T. „Diagnosing a male hysteric: Don Juan-type", *Int J Psychoanal* 84: 1043 – 1059, 2003

Luisada PV, Peele R, Pitard EA. „The hysterical personality în men", *Am*

Psychiatry 131: 518 – 521, 1974 Mackinnon RA, Michels R. „The Psychiatric Interview în clinical Practice".

Philadelphia, PA, WB Saunders, 1971 Malmquist C. „Hysteria în childhood". *Postgrad Med* 50: 112 – 117, 1971 Marmor J. „Orality in the hysterical personality", / A*m Psychoanal Assoc 1*: 656 – 671, 1953

Mitchell J. „Madmen and Medusas", Londra, Penguin, 2000

Person ES. „The erotic transference în women and in men: differences and conséquences", *J Am Acad Psychoanal* 13: 159 – 180, 1985 Prohl B. „Histrionic personality disorder: a review of available data and recommendations for DSM-IV", / *Personal Disord* 5: 150 –

166, 1991 Pope KS, Bouhoutsos JE. „Sexual intimacy between therapists and patients”.

New York, Praeger, 1986 Riesenberg-Malcom R. „«How can we know the dancer from the dance?»

Hyperbole în hysteria”, *Int J Psychoanal* 77: 679 – 688, 1996 Sandler J. „Countertransference and role-responsiveness”, *International Review of Psychoanalysis* 3: 43 – 47, 1976 Shapiro D. *Neurotic Styles*, New York, Basic Books, 1965 Sugarman A. „The infantile personality: orality in the hysteric revisited”, *Int J*

Psychoanal 60: 501 – 513, 1979 Torras de Bea E. „A contribution to the papers on transference by Eva Lester and Marianne Goldberger and Dorothy Evans”, *Int J Psychoanal* 68: 63 – 67, 1987

Twemlow SW, Gabbard GO. „The lovesick therapist”, în *Sexual Exploitation in Professional Relations hips.* Editat de Gabbard GO, Washington, DE, American Psychiatric Press, 1989, pp. 71 – 87 Wallerstein RS. „Diagnosis revisited (and revisited): the case of hysteria and the hysterical personality”, *Int J Psychoanal Psychother* 8: 533 – 547, 1980 – 1981

Zetzel EI. „The se called good hysteric”, *Int J Psychoanal* 49: 256 – 260, 1968 **Capitolul 19**

Abraham K. „Contributions to the theory of the anal character” (1921), în *Selected Papers of Karl Abraham,* MD, Londra, Hogarth Press, 1942, pp. 370 – 392

Aldenle, La posa JM, Taylor CT et al., „Avoidant personality disorder: current status and future directions”, / *Personal Disord* 16: 1 – 29, 2002 American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders,* ediţia a 4-a, text revizuit, Washington, DE, American Psychiatric Association, 2000 Baer L, Jenike MA, Ricriardi în et al., „Standardized assessment of personality disorders în obsessive-compulsive disorder”, *Arch Gen Psychiatry* 47: 826 – 830, 1990

Baker JD, Capron EW, Azorlosa J. „Family environment characteristics of persons with histrionic and dependent personality disorders”, *Personal Disord* 10: 81 – 87, 1996 Bejerot S, Ekselius L, von Konorring L. „Comorbidity between obsessive-compulsive disorder (OCD) and personality disorders”, *Acta Psychiatr Scand* 97: 398 – 402, 1998 Bomstein RF. *The Dependent Personality,* New York, Guilford, 1993 Bomstein RF. „Comorbidity of dependent personality disorders and other psychological disorders: an integrative review”, *Personal Disord* 9: 286 – 303, 1995

Broucek FI. „Shame and its relations hip to early narcissistic developments”.

Int J Psychoanal 63: 369 – 378, 1982 Cloninger CR, Svrakic DIN, Pryzbeck TR. „A psychobiological model of temperament and character”, *Arch Gen Psychiatry* 50: 975 – 990, 1993 Connors ME. „The renunciation of love: dismissive attachment and its treatment”, *Psychoanalytic Psychology* 14: 475 – 493, 1997

Cooper S. „Obsessional thinking: the defence against loss”, *Br J Psychother* 16: 412 – 422, 2000

Diaferia G, Bianchi I, Bianchi ML et al., „Relations hip between obsessive-compulsive personality disorder and obsessive-compulsive disorder”, *Compr Psychiatry* 38: 38 – 42, 1997 Dickinson KA, Pincus AL. „Interpersonal analysis of grandiose and vulnerable narcissism”, *J Personal Disord* 17: 188 – 207, 2003 Freud S. *Character and Anal Erotism* (1908), în *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud,* vol. 9. Tradus şi editat de Strachey J, Londra, Hogarth Press, 1959, pp. 167 – 175 Gabbard GO. „Stage fright”, *Int Psychoanal* 60: 383 – 392, 1979 Gabbard GO. „The exit line: heightened transference-countertransference manifestations at the end of the hour”, *J Am Psychoanal Assoc* 30: 579 – 598, 1982

Gabbard GO. „Further contributions to the understanding of stage fright:
narcissistic issues”, *J Am Psychoanal Assoc* 31: 423 – 441, 1983 Gabbard GO. „The role of compulsiveness in the normal physician”, *JAMA*
254: 2926 – 2929, 1985 Gabbard GO, Bartlett AB. „Selective serotonin reuptake inhibitors in the context of an ongoing analysis”, *Psychoanalytic Inquiry* 18: 657 – 672, 1998 Gabbard GO, Menninger RW. „The psychology of the physician”, în *Medical Marriages.* Editat de Gabbard GO, Menninger RW. Washington, DE, American Psychiatric Press, 1988, pp. 23 – 38 Gabbard GO, Newman CF. „Psychotherapy of obsessive-compulsive personality disorder”, în *Oxford Textbook of Psychotherapy.* Editat de Gabbard GO, Beck J, Holmes A. Oxford, Anglia, Oxford University Press, 2005
Grant BI, Hasin DS, Stinson FS et al., „Prevalence, correlates and disability of personality disorders in the United States: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions”, *J Clin Psychiatry* 65: 948 – 958, 2004 Gunderson JG. „Personality disorders”, în *The Neiv Harvard Guide to Psychiatry.*
Editat de Nicholi AM Jr. Cambridge, MA, Belknap Press, 1988, pp. 337 – 357
Head ZB, Baker JD, Williamson DA. „Family environment characteristics and dependent personality disorder”, *Personal Disord* 5: 256 – 263, 1991 Hirschfeld RMA, Shea MT, Weise R. „Dependent personality disorder:
perspectives for DSM-IV”, *J Personal Disord* 5: 135 – 149, 1991 Horowitz MJ. „Introduction to Psychodynamics: A New Synthesis”, New York, Basic Books, 1988
Jones E. „Anal-erotic character traits”, în *Papers on Psycho-Analysis,* ediţia a 5-a.
Baltimore, MD, Williams Wilkins, 1948, pp. 413 – 437 Josephs L. *Character Structure and the Organization of*

the Self, New York, Columbia University Press, 1992

Kagan J, Reznick JS, Snidman N. „Biological bases of childhood shyness".

Science 240: 167 – 171, 1988 Karterud S, Pedersen G, Bjordai E et al., „Day treatment of patients with personality disorders: experiences from a Norvegian treatment research network", *Personal Disord* 17: 243 – 262, 2003 Krakowski AI. „Stress and the practice of medicine, II; stressors, stresses, and străine", *Psychother Psychosom* 38: 11 – 23, 1982 Loranger AW. „Dependent personality disorder: age, sex and Axis I

comorbidity", J *Nervment Dis* 184: 17 – 21, 1996 Mecullough PK, Maltsberger JT. „Obsessive-compulsive personality disorder", în Treatments of Psychiatric Disorders, vol. 2, ediţia a 3-a. Editat de Gabbard GO, Washington, DE, American Psychiatric Publishing, 2001, pp. 2341 – 2352 Menninger WC. „Characterologic and symptomatic expressions related to the anal phase of psychosexual development", *Psychoanal Q* 12: 161 – 193, 1943

Meyer B, Carver CS. „Negative childhood accounts, sensitivity, and pessimism: a study of avoidant personality disorder features în collège students", *Personal Disord* 14: 233 – 248, 2000 Miliora MT. „Facial disfigurement: a self-psychological perspective on the «hide-and-seek» fantasy of an avoidant personality", *Bull Menninger Clin* 62: 378 – 394, 1998 Miller S. *The Shame Experience,* Hillsdale, NJ, Analytic Press, 1985 Münich RL. „Tranzitory symptom formation in the analysis of an obsessional character", *Psychoanal Study Child* 41: 515 – 535, 1986 Nachmias M, Gunnar M, Mangelsdorf S et al., „Behavioral inhibition and stress reactivity: the moderating role of attachment security", *Child Dev* 67: 508 – 522, 1996

Nathanson DL. „A timetable for shame", în *The Many Faces of Shame.* Editat de

Nathanson DL, New York, Guildford, 1987, pp. 1 – 63 Newman CF. Fingerhut R. „Psychotherapy for avoidant personality disorder”, în *Oxford Textbook of Psychotherapy.* Editat de Gabbard GO, Beck JS, Holmes A, Oxford, Anglia, Oxford University Press, 2005 O'Neill FA, Kendler KS. „Longitudinal study of interpersonal dependency în female twins”, *Br J Psychiatry* 172: 154 – 158, 1998 Perry JE. „Dependent personality disorder”, în *Treatments of Psychiatric Disorders,* vol. 2, ediţia a 3-a. Editat de Gabbard GO, Washington, DE, American Psychiatric Publishing, 2001, pp, 2 353 – 2 368 Perry JE. „Dependent personality disorder”, în *Oxford Textbook of Psychotherapy.*

Editat de Gabbard GO, Beck J, Holmes A, Oxford, Oxford University Press, 2005

Rasmussen SA, Tsuang MT. „Clinical characteristics and family history în DSM-m obsessive-compulsive disorder”, *Am J Psychiatry* 143: 317 – 322, 1986

Rettew DE. „Avoidant personality disorder, generalizând social phobia, and shyness: putting the personality back into personality disorders”, *Harv Rev Psychiatry* 8: 283 – 297, 2000 Rosen KV, Tallis F. „Investigation into the relations hip between personality traits and OCD”, *Behav Res Ther* 33: 445 – 450, 1995 Salzman L. *The Obsessive Personality: Origins, Dynamics, and Therapy,* New York.

Science House, 1968 Salzman L. *Treatment of the Obsessive Personality,* New York, Jason Aronson, 1980

Salzman L. „Psychoanalytic therapy of the obsessional patient”, *Curr Psychiatr Ther* 22: 53 – 59, 1983

Samuels J, Nestadt G, Bienvenu OJ et al., „Personality disorders and normal personality dimensions în obsessive-compulsive disorder”, *Br Psychiatry* 177: 457 – 462, 2000 Shapiro D. *Neurotic Styles,* New York, Basic Books, 1965 Shea MT, Pilkonis PA, Beckham E et al., „Personality

disorders and treatment outcome in the NIMH Treatment of Depression Collaborative Research Program", Am *J Psychiatry* 147: 711 – 718, 1990 Skodol SE, Gallaher PE, Oldham JM. „Excesive dependency and depression:

Is the relations hip specific?", *J Nervment Dis* 184: 165 – 171, 1996 Skodol SE, Stout RL, Meglashan TH et al., „Co-occurrence of mood and personality disorders: a report from the Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study (CLPS)", *Depress Anxiety* 10: 175 – 182, 1999

Sutherland SM, Frances A. „Avoidant personality disorder", în *Treatments of Psychiatrics Disorders,* vol. 2, ediţia a 2-a. Editat de Gabbard GO. Washington, DE, American Psychiatric Press, 1995, pp. 2 345 – 2 353 Svartberg M, Stileste, Seltzer MH. „Randomized, controlled trial of the effectiveness of short-term dynamic psychotherapy and cognitive therapy for Cluster C personality disorders", *Am J Psychiatry* 161: 810 – 817, 2004

Torgersen S, Kringlen E, Cramer V. „The prevalence of personality disorders în a community sample", *Arch Gen Psychiatry* 58: 590 – 596, 2001 Vaillant GE, Sobowale NE, Mearthur C. „Some psychologic vulnerabilities of physicians", N *Engl J Med* 287: 372 – 375, 1972 Wallerstein RS. *Forty-Two Lives în Treatment: A Study of Psychoanalysis and*

Psychotherapy, New York, Guilford, 1986 West M, Rose S, Sheldon-Keller A. „Assessment of patterns of insecure attachment în adults and application to dependent and schizoid personality disorders", / *Personal Disord* 8: 249 – 256, 1994 Winston A, Laikin M, Pollack J et al., „Short-term psychotherapy of personality disorders", *Am J Psychiatry* 151: 190 – 194, 1994 Wurmsen L. *The Mask of Shame,* Baltimore, MD, John's Hopkins University Press, 1981